



CERTIFICADO DE BENEFICIOS Y SERVICIOS MÉDICOS del 2022-2023



TRS-ActiveCare Primary
TRS-ActiveCare Primary+

Fecha en vigor a partir del 1.º de septiembre de 2022 al 31 de agosto de 2023

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1	Quién presenta una reclamación	54
Beneficios dentro y fuera de la red.....	1	Dónde enviar los formularios de reclamación completos	54
Información de contacto importante	2	Quién recibe el pago	55
Línea de ayuda de Servicio al Cliente.....	2	Cuándo presentar una reclamación	55
Sitio web de BCBSTX.....	2	Recepción de reclamaciones por parte de BCBSTX	55
Autorización previa para los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.....	3	Revisión de determinaciones de reclamación Determinaciones de reclamación	55
Autorización médica previa	3	Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones	59
Aviso sobre Paridad de Salud Mental	3	Criterios de revisión externa.....	62
PROGRAMA DE COBERTURA	4	Revisión externa estándar.....	62
Plan TRS-ActiveCare Primary	4	Revisión externa acelerada.....	65
Plan TRS-ActiveCare Primary+.....	14	Agotamiento	66
QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS	25	La interpretación de las estipulaciones del plan del empleador.....	66
Elegibilidad del empleado.....	25	GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS	67
¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?.....	25	Gastos elegibles	67
Derechohabientes elegibles	26	Copagos	67
Motivos especiales de inscripción/realización de cambios	27	Deducibles.....	68
Nuevo derechohabiente	28	Gasto máximo de bolsillo	68
Situaciones de elegibilidad especial.....	28	Cambios en los beneficios	69
Pérdida de la cobertura	29	Requisitos de los beneficios	69
Retiro de la cobertura	30	SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS	70
Hijos derechohabientes ordenados por el tribunal.....	30	Gastos de hospitalización	70
Otros derechohabientes ordenados por el tribunal.....	31	Gastos médico-quirúrgicos.....	70
Fecha de entrada en vigor de la cobertura	31	Gastos de atención médica a largo plazo	73
Cuándo finaliza la cobertura.....	39	Gastos de prestaciones especiales.....	74
Continuación de la cobertura de grupo (COBRA).....	40	Servicios de salud conductual.....	90
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	41	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS	92
Elegir un PCP	41	DEFINICIONES	99
Su PCP	41	ESTIPULACIÓN GENERAL	115
Cómo Cambiar Su PCP.....	41	Agente de seguros	115
Continuación de atención médica	42	Enmiendas.....	115
Cuando el especialista es su PCP	42	Intereses de propiedad del Administrador de reclamaciones	115
Disponibilidad de proveedores	42	Antiasignación y pago de beneficios	115
Atención médica para pacientes hospitalizados por un médico que no es su PCP.....	42	Responsabilidad de reclamaciones.....	115
Comunicación con los proveedores	42	Servicios de Protección Contra Robo de Identidad.....	115
Sus responsabilidades	43	Medicare	116
Rechazo de un tratamiento	43	Relación con el Participante/Proveedor	116
Tarjeta de asegurado	44	Pago en exceso.....	116
Ejemplo de tarjetas de asegurado.....	44	Rescisión	117
Rembolso de las reclamaciones de los participantes	45	Subrogación	117
Reclamación o reconsideración de beneficios	46	Coordinación de beneficios	117
Área de servicio.....	46	Finalización de la cobertura	121
Determinaciones de cobertura	46	Continuación de la cobertura de grupo - Federal	122
DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS	47	Cancelación.....	123
Determinación de tratamientos	47	Género.....	123
Requisitos de autorización previa	47	Acceso al Área de Servicio Alternativa	123
No obtención de la autorización previa	53	Acceso al Área de Servicio Alternativa por parte de los derechohabientes	124
Proceso de renovación de autorización previa	53	Error administrativo	124
PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES	54	Plan completo.....	124
Procedimientos para presentación de reclamaciones	54	Fuerza mayor	124
Se requiere presentar reclamaciones	54		

<i>Formulario o contenido del plan</i>	124
<i>Incontestabilidad.....</i>	125
<i>Limitación de la responsabilidad legal.....</i>	125
<i>Aviso</i>	125
<i>Uso compartido de los datos del participante</i>	125
<i>Relación de las partes</i>	126
<i>Información y Registros.....</i>	126
<i>Subtítulos.....</i>	126
ENMIENDAS	127
AVISOS	128
<i>Acuerdos entre planes para servicios fuera del área</i>	129
<i>Aviso sobre Exención de Pagos.....</i>	132
<i>Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998</i>	133
<i>Continuación de los derechos de cobertura según cobra</i>	134
Su plan de medicamentos con receta	137
<i>Plan TRS-ActiveCare Primary</i>	137
<i>Plan TRS-ActiveCare Primary+</i>	138
<i>Cómo funciona su Plan de medicamentos con receta.....</i>	139
<i>Acerca de CVS Caremark</i>	139
<i>Tarjetas de asegurado de CVS Caremark</i>	139
<i>Exclusiones de medicamentos</i>	140
<i>Lista de medicamentos preferidos de CVS Caremark.....</i>	140
<i>Ahorre dinero en medicamentos con receta</i>	141
<i>Exclusiones del plan para medicamentos con receta.....</i>	150
<i>Rechazos de reclamaciones y apelaciones</i>	150
<i>Medicamentos preventivos.....</i>	155
<i>Recursos y herramientas en línea de CVS Caremark</i>	156

INTRODUCCIÓN

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

Su *grupo* ofrece los seguros de gastos médicos TRS-ActiveCare como uno de los beneficios de su empleo. Los beneficios provistos están diseñados para ayudarlo con muchos de sus gastos de atención médica por servicios y suministros que son *médicamente necesarios*. La cobertura conforme a este *plan* se proporciona independientemente de su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. En este certificado de beneficios existen estipulaciones que afectan su cobertura de atención médica. Es esencial que lea detenidamente el certificado de beneficios para que conozca los beneficios y requisitos de este *plan*.

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

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

Beneficios dentro y fuera de la red

Beneficios dentro de la red

Para poder recibir los beneficios según se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, tiene que elegir a *proveedores que formen parte de la red* para todos los servicios médicos (**que no sean emergencias**). Usted tiene derecho a recibir servicios y atención médica de *proveedores que forman parte de la red*, lo que incluye servicios quirúrgicos, médicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos de *necesidad médica*, prestados generalmente en el *área de servicio*. Puede que algunos servicios no se cubran.

Para que un servicio que sea *de necesidad médica* esté cubierto, también tiene que estar descrito en los **SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS**. Que un *médico* u *otro profesional de la salud* haya realizado, recetado o recomendado un servicio no significa que este sea de *necesidad médica* ni que esté cubierto conforme a los **SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS**. Algunos servicios incluidos también pueden requerir *autorización previa* de Blue Cross y Blue Shield de Texas (BCBSTX).

Solo los servicios que su PCP o BCBSTX realiza, receta, indica o autoriza por adelantado son beneficios cubiertos en este *plan*. Las excepciones son la *atención médica de emergencia*, la *atención médica inmediata*, las *clínicas en locales comerciales* o los servicios incluidos proporcionados a *participantes mujeres*, quienes pueden acceder directamente a un obstetra/ginecólogo dentro de la misma *red de proveedores restringida* de su PCP para recibir los siguientes servicios:

- exámenes para mujeres sanas,
- atención obstétrica,
- atención para todas las condiciones ginecológicas activas, y
- diagnóstico, tratamiento y *referido* para cualquier enfermedad o condición dentro del alcance de la práctica profesional del obstetra o ginecólogo.

Los PCP de la *red de proveedores restringida* estarán identificados en el directorio del proveedor, o puede llamar a su **Guía de Salud Personal** al 1-866-355-5999.

BCBSTX y los *proveedores que forman parte de la red* no tienen ninguna responsabilidad financiera por ningún servicio que usted busque o reciba de cualquier centro o proveedor que *no forma parte de la red*, salvo lo que se indica a continuación, a no ser que tanto su PCP como BCBSTX hayan celebrado acuerdos previos sobre autorizaciones de *referidos*.

Beneficios fuera de la red

Puede obtener servicios incluidos que proporcionen *proveedores fuera de la red* cuando reciba *atención médica de emergencia*. Además, los *derechohabientes* por orden judicial que vivan fuera del *área de servicio* pueden usar *proveedores que no forman parte de la red*.

Si los servicios incluidos no están disponibles por parte de *proveedores que forman parte de la red* dentro de los requisitos de acceso establecidos por la ley y los reglamentos, BCBSTX permitirá que su PCP le otorgue un *referido* para un *proveedor que no forma parte de la red*, si BCBSTX lo aprueba con antelación a la visita.

No será necesario que cambie su PCP ni sus *proveedores especialistas* para recibir servicios incluidos que no estén disponibles por parte de *proveedores que forman parte de la red* dentro de la *red*, pero lo siguiente debe aplicarse:

- La solicitud tiene que ser de un *proveedor que forma parte de la red*.
- La documentación razonablemente requerida tiene que ser recibida por BCBSTX.
- El *referido* será entregado dentro de un período apropiado, y no tiene que superar los cinco días laborables, teniendo en cuenta las circunstancias y su afección.
- Cuando BCBSTX haya autorizado un *referido* para un *proveedor que no forma parte de la red*, BCBSTX le reembolsará al *proveedor que no forma parte de la red* la tarifa habitual u otra tarifa que se haya acordado menos los correspondientes *copagos*. Usted solo es responsable de los *copagos* por esos servicios incluidos.
- Antes de que BCBSTX rechace un *referido*, se llevará a cabo una revisión por parte de un especialista de la misma especialidad o una especialidad similar a la del *proveedor* a quien se solicita el *referido*.

Información de contacto importante

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

Línea de ayuda de Servicio al Cliente

Las Guías de salud personal pueden hacer lo siguiente:

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

Sitio web de BCBSTX

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

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

Para todos los pacientes internados y determinada atención para pacientes no hospitalizados se requiere *autorización previa* cuando son *participantes* que buscan tratamiento para *servicios de salud conductual, atención de salud mental, enfermedades mentales graves y trastorno por consumo de sustancias*. Consulte la sección **DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS** para obtener más información. Para obtener una *autorización previa*, usted, su *proveedor de salud conductual* o un miembro de la familia pueden llamar al número del Guía de Salud Personal 1-866-355-5999.

Autorización médica previa

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

Aviso sobre Paridad de Salud Mental

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

Esto significa que aún tiene acceso a ingresos como paciente internado y a servicios para pacientes no hospitalizados para recibir servicios de salud mental o de abuso de sustancias sin ningún límite de día o de consulta; sin embargo, los planes médicos de TRS no estarán obligados a cumplir ciertos requisitos de la Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción. Sus beneficios de salud mental y abuso de sustancias se describen con más detalle en este certificado de beneficios.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

La siguiente tabla resume la cobertura disponible conforme a su **Plan TRS-ActiveCare Primary**. Para obtener más detalles, consulte [SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS](#).

Todos los servicios incluidos (salvo en caso de emergencias) tiene que proporcionarlos su *médico de atención primaria dentro de la red*, que puede referirlo para que reciba otros tratamientos provistos por *especialistas dentro de la red y hospitales*. Las *participantes* mujeres pueden consultar a un ginecólogo/obstetra *que forme parte de la red* de su PCP para recibir diagnóstico y tratamiento sin un *referido* de su PCP. *Las clínicas de atención médica inmediata y las clínicas en locales comerciales* no requieren *referidos* de un PCP.

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 legislación aplicable.

Deducibles por año del plan	
Por individuo	\$2,500
Por familia	\$5,000
Gastos máximos de bolsillo por año del plan	
Por individuo	\$8,150
Por familia	\$16,300
Servicios profesionales	
Profesional médico principal (“PCP”): visita al consultorio o visita a domicilio	\$30 de <i>copago</i>
Proveedor especialista que forma parte de la red (“ <i>especialista</i> ”): visita al consultorio o visita a domicilio	\$70 de <i>copago</i>
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de centros para pacientes no hospitalizados	
Cirugía para pacientes no hospitalizados	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de radiación y quimioterapia	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diálisis	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados	
Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, <i>sala de infusiones</i>	\$30 de <i>copago</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes no hospitalizados

Arteriografías, Tomografía computarizada (CT, en inglés), Resonancia magnética (MRI, en inglés), Electroencefalograma (EEG, en inglés), Mielografía, Tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros servicios de radiografía	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros análisis de laboratorio para pacientes no hospitalizados	0% de <i>coseguro</i>
Análisis de laboratorio, para pacientes no hospitalizados en entorno hospitalario	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de análisis de laboratorio y radiografías, en entorno del consultorio	0% de <i>coseguro</i>
Diagnóstico por imágenes de la mama (incluidas las mamografías de diagnóstico, la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada)	El plan paga el 100%

Servicios de Rehabilitación*

Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán al máximo de visitas de 35	\$30 de <i>copago</i> independientemente de la especialidad del proveedor por terapia física, ocupacional y del habla, \$70 de <i>copago</i> en servicios de quiropráctica, 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes internados</i> , o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes no hospitalizados</i> , según corresponda.
---	--

Servicios de atención en maternidad

Atención en maternidad	
Prenatal	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Posnatal	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Servicios hospitalarios para pacientes internados, por cada admisión	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios de atención en maternidad

Servicios de planificación familiar:

- servicios de asesoramiento de diagnóstico, consultas y planificación,
- inserción o extracción de dispositivo intrauterino (DIU), incluido el costo del dispositivo,
- ajuste de diafragma o capuchón cervical, incluido el costo del dispositivo,
- inserción o extracción de un dispositivo anticonceptivo subdérmico, incluido el costo del dispositivo,
- medicamentos anticonceptivos inyectables, incluido el costo del medicamento,
- esterilización voluntaria,
- vasectomía.

\$30 de *copago* para el PCP o \$70 de *copago* para el *especialista*, a menos que se cubran conforme a los servicios anticonceptivos descritos en la sección Servicios de atención médica preventiva.

30% de *coseguro* después del *deducible* en *servicios para pacientes internados*, o

30% de *coseguro* después del *deducible* por cirugía para pacientes no hospitalizados, según corresponda.

Servicios para la infertilidad

- tratamiento de las afecciones subyacentes

\$30 de *copago* por visita al PCP o \$70 de *copago* por visita a un *especialista*

* Los beneficios para el [trastorno del espectro autista](#) no se aplicarán ni estarán sujetos a ningún máximo de consultas de Servicios de Rehabilitación y Terapias.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Servicios de salud conductual

Servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados	\$30 de <i>copago</i>
Servicios de salud mental para pacientes internados	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermedad mental grave	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en servicios para pacientes internados, o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios de centros para pacientes no hospitalizados, según corresponda.
Servicios para el tratamiento de la dependencia química	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en servicios para pacientes internados, o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios de centros para pacientes no hospitalizados, según corresponda.
Teladoc	\$70 de <i>copago</i> por consulta de <i>salud conductual</i>

Servicios de atención médica de emergencia

Centro	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> (si es hospitalizado, se aplicarán los cargos descritos en <i>Servicios para pacientes internados</i>). \$500 de <i>copago</i> , más 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una Sala de emergencia independiente.
Médico	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios de atención médica inmediata

Atención médica inmediata	\$50 de <i>copago</i> por visita También pueden aplicarse cargos adicionales según se describe en Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes no hospitalizados.
---------------------------	--

Clínicas en locales comerciales

Clínicas en locales comerciales	\$30 de <i>copago</i>
---------------------------------	-----------------------

Servicios de ambulancia

Servicios de ambulancia, por servicio	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
---------------------------------------	---

Servicios de atención médica a largo plazo

Servicios de un centro de enfermería especializada, por cada día, hasta 25 días por <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cuidados para pacientes terminales, por visita	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , salvo que esté incluido en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .
Atención médica en el hogar, por visita, hasta 60 visitas por <i>año del plan</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería privada	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Servicios de prevención

Atención preventiva para niños hasta los 17 años	El plan paga el 100%
Evaluaciones médicas periódicas para los <i>participantes</i> de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%
Vacunas <ul style="list-style-type: none"> • vacunas de la infancia requeridas por ley para los <i>participantes</i> hasta los 6 años • vacunas para <i>participantes</i> mayores de 6 años de edad 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%
Medición de la masa ósea para detección de osteoporosis limitada a una cada dos años para <i>participantes</i> mujeres de 65 años o más y <i>participantes</i> hombres de 70 años o más.	El plan paga el 100%
Examen de mujer sana, una vez por <i>año del plan</i> ; incluye, entre otros, examen de cáncer cervical (Papanicolaou), para <i>participantes</i> mujeres de 18 años o más	El plan paga el 100%
Mamografía de detección para <i>participantes</i> mujeres de 35 años o más y para <i>participantes</i> mujeres con otros factores de riesgo, una vez por <i>año del plan</i> <ul style="list-style-type: none"> • centro para pacientes no hospitalizados o centros de diagnóstico por imágenes 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%
Servicios y suministros anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> • educación anticonceptiva • consejería, • ciertos métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, • dispositivos y procedimientos de esterilización femenina 	El plan paga el 100%
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) visitas 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 <i>hospitalaria</i> están cubiertos hasta el precio de compra de \$150)</p>	El plan paga el 100%
Pérdida de audición <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%

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

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%
Exámenes de ojos y oídos, una vez por <i>año del plan</i>	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años <ul style="list-style-type: none"> tomografía computarizada (CT, en inglés) ultrasonografía 	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por <i>año del plan</i>	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Examen de cáncer de próstata para los <i>participantes</i> de 45 años o más, o de 40 años o más con antecedentes familiares una vez por <i>año del plan</i>	El plan paga el 100%

Procedimientos quirúrgicos dentales

Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios incluidos limitados)	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i> 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes internados</i> , o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por cirugía para pacientes no hospitalizados, según corresponda.
--	--

Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética

Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios incluidos limitados)	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i> 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes internados</i> , o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por cirugía para pacientes no hospitalizados, según corresponda.
---	--

Atención de alergias

Exámenes y evaluación	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i> 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> facturado sin una visita al consultorio
Inyecciones	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suero	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Atención de la diabetes

Entrenamiento para la autogestión de la diabetes, por cada visita	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Equipos para la Diabetes	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suministros para la Diabetes	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Dispositivos prostéticos y aparatos ortóticos

Dispositivos prostéticos y aparatos ortóticos \$1,000 de cobertura máxima de por vida para pelucas necesarias como resultado de la pérdida de cabello debido a lesiones o al tratamiento de una enfermedad. Dos (2) pares de calzado terapéutico por año del plan, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído con discapacidad para <i>participantes</i> de hasta 19 años, cada tres años, con reemplazos de <i>necesidad médica</i> o de necesidad audiológica.	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes no hospitalizados.

Equipo médico duradero

Equipo médico duradero	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
-------------------------------	---

Aparatos auditivos

Aparatos auditivos Máximo de \$1,000 cada 36 meses para audífonos (el máximo se aplica a los 19 años de edad o más)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
---	---

Servicios para la audición y el habla

Servicios para la audición y el habla	Beneficios pagados igual que otras enfermedades físicas
--	---

Servicios de telemedicina

Teladoc	\$12 de <i>copago</i> por consulta médica y \$70 de <i>copago</i> por consulta de <i>salud conductual</i>
RediMD	\$0 de <i>copago</i> por visita médica

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Blue Distinction Centers

Cirugía bariátrica

30% de *coseguro* después del *deducible* en servicios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados en un **Blue Distinction Center+**

\$5,000 de *copago* por procedimiento para honorarios del cirujano (el *copago* por los honorarios del cirujano no se aplica al *gasto máximo de bolsillo*).

Trasplantes

0% de *coseguro* (no se aplica *deducible*) por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados en un **Blue Distinction Center+**

0% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados en un **Blue Distinction Center Plus**

30% de *coseguro* después del *deducible* por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados *dentro de la red*

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary+

La siguiente tabla resume la cobertura disponible conforme a su **Plan TRS-ActiveCare Primary+**. Para obtener más detalles, consulte [SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS](#).

Todos los servicios incluidos (salvo en caso de emergencias) tiene que proporcionarlos su *médico de atención primaria (PCP, en inglés) dentro de la red*, que puede referirlo para que reciba otros tratamientos provistos por *especialistas y hospitales dentro de la red*. Las *participantes* mujeres pueden consultar a un ginecólogo/obstetra *que forme parte de la red* de su PCP para recibir diagnóstico y tratamiento sin un *referido* de su PCP. Las *clínicas de atención inmediata* y las *clínicas en locales comerciales* no requieren *referido* del PCP.

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 en cada ocurrencia, 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.

Deducibles por año del plan

Por persona	\$1,200
Por familia	\$3,600

Gastos máximos de bolsillo por año del plan

Por persona	\$6,900
Por familia	\$13,800

Servicios profesionales

Profesional médico principal (“PCP”): visita al consultorio o visita a domicilio	\$30 de <i>copago</i>
Proveedor especialista que forma parte de la red (“ <i>especialista</i> ”): visita al consultorio o visita a domicilio	\$70 de <i>copago</i>

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
---	---

Servicios de centros para pacientes no hospitalizados

Cirugía para pacientes no hospitalizados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de radiación y quimioterapia	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diálisis	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados

Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, <i>sala de infusiones</i>	\$30 de <i>copago</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary+

Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes no hospitalizados

Arteriografías, Tomografía computarizada (CT, en inglés), Resonancia magnética (MRI, en inglés), Electroencefalograma (EEG, en inglés), Mielografía, Tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros servicios de radiografía	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros análisis de laboratorio para pacientes no hospitalizados	0% de <i>coseguro</i>
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes no hospitalizados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de laboratorio y radiografía – consultorio	0% de <i>coseguro</i>
Diagnóstico por imágenes de la mama (incluidas las mamografías de diagnóstico, la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada)	El plan paga el 100%

Servicios de Rehabilitación*

Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán al máximo de visitas de 35	\$30 de <i>copago</i> independientemente de la especialidad del proveedor por terapia física, ocupacional y del habla, \$70 de <i>copago</i> en servicios de quiropráctica, 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes no hospitalizados</i> , según corresponda.
--	--

Atención en maternidad y servicios de planificación familiar

Atención en maternidad	
Prenatal	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Posnatal	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Servicios hospitalarios para pacientes internados, por cada admisión	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Atención en maternidad y servicios de planificación familiar

<p>Servicios de planificación familiar:</p> <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.	<p>\$30 de <i>copago</i> para el PCP o \$70 de <i>copago</i> para el <i>especialista</i>, a menos que se cubran conforme a los servicios anticonceptivos descritos en los Servicios de atención médica preventiva.</p> <p>20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i>, o</p> <p>20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Cirugía para pacientes no hospitalizados</i>, según corresponda.</p>
<p>Servicios para la infertilidad</p> <ul style="list-style-type: none">• tratamiento de las afecciones subyacentes	<p>\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i></p>

* Los beneficios para el [trastorno del espectro autista](#) no se aplicarán ni estarán sujetos a ningún máximo de consultas de Servicios de Rehabilitación y Terapias.

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary+

Servicios de salud conductual

Servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados	\$30 de <i>copago</i>
Servicios de salud mental para pacientes internados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermedad mental grave	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes no hospitalizados</i> , según corresponda.
Servicios para el tratamiento de la dependencia química	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes no hospitalizados</i> , según corresponda.
Teladoc	\$70 de <i>copago</i> por consulta de <i>salud conductual</i>

Servicios de atención médica de emergencia

Centro	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> (Si es hospitalizado, se aplicarán los cargos descritos en los <i>Servicios para pacientes internados</i>). \$500 de <i>copago</i> , más 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una Sala de emergencia independiente.
Médico	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios de atención médica inmediata

Atención médica inmediata	\$50 de <i>copago</i> por visita También pueden aplicarse cargos adicionales según se describe en <i>Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes no hospitalizados</i> .
----------------------------------	--

Clínicas en locales comerciales

Clínicas en locales comerciales	\$30 de <i>copago</i>
--	-----------------------

Servicios de ambulancia

Servicios de ambulancia, por servicio	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
--	---

Servicios de atención médica a largo plazo

Servicios de un centro de enfermería especializada , por cada día, hasta 25 días por <i>año del plan</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cuidados para pacientes terminales , por visita	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , salvo que esté incluido en <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i> .
Atención médica en el hogar , por visita, hasta 60 visitas por <i>año del plan</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería privada	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary+

Servicios de prevención

Atención preventiva para niños hasta los 17 años	El plan paga el 100%
Evaluaciones médicas periódicas para los <i>participantes</i> de 18 años o más	El plan paga el 100%
Vacunas <ul style="list-style-type: none"> • vacunas de la infancia requeridas por ley para los <i>participantes</i> hasta los 6 años • vacunas para <i>participantes</i> mayores de 6 años de edad 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%
Medición de la masa ósea para detección de osteoporosis limitada a una cada dos años para <i>participantes</i> mujeres de 65 años o más y <i>participantes</i> hombres de 70 años o más.	El plan paga el 100%
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> mujeres mayores de 18 años de edad	El plan paga el 100%
Mamografía de detección para <i>participantes</i> mujeres de 35 años o más y para <i>participantes</i> mujeres con otros factores de riesgo, una vez por <i>año del plan</i> <ul style="list-style-type: none"> • centro para pacientes no hospitalizados o centros de diagnóstico por imágenes 	El plan paga el 100% El plan paga el 100%
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%
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) visitas 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 <i>hospitalaria</i> están cubiertos hasta el precio de compra de \$150) 	El plan paga el 100%
Pérdida de audición <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%

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary+

Servicios de prevención (continuación)

Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para <i>participantes</i> de 45 años de edad o más:	
<ul style="list-style-type: none"> prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por <i>año del plan</i> 	El plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años 	El plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años 	El plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> Cologuard, limitado a 1 cada 3 años 	El plan paga el 100%
Exámenes de ojos y oídos, una vez por <i>año del plan</i>	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años	
<ul style="list-style-type: none"> tomografía computarizada (CT, en inglés) ultrasonografía 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por <i>año del plan</i>	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Examen de detección del cáncer de próstata para <i>participantes</i> de 45 años de edad o más o de 40 años de edad con antecedentes familiares, una vez por <i>año del plan</i>	El plan paga el 100%

Procedimientos quirúrgicos dentales

Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios incluidos limitados)	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Cirugía para pacientes no hospitalizados</i> , según corresponda.
--	---

Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética

Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios incluidos limitados)	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Cirugía para pacientes no hospitalizados</i> , según corresponda.
---	---

Atención de alergias

Exámenes y evaluación	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> facturado sin una visita al consultorio
Inyecciones	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary+

Atención de la diabetes

Capacitación para el manejo personal de la diabetes, por cada consulta	\$30 de <i>copago</i> por visita al PCP o \$70 de <i>copago</i> por visita a un <i>especialista</i>
Equipo para la diabetes	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suministros para la diabetes	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Dispositivos prostéticos y aparatos ortóticos

Dispositivos prostéticos y aparatos ortóticos \$1,000 de cobertura máxima de por vida para pelucas necesarias como resultado de la pérdida de cabello debido a lesiones o al tratamiento de una enfermedad. Dos (2) pares de calzado terapéutico por año del plan, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído afectado cada tres años para <i>participantes</i> hasta la edad de 19 años, con reemplazos según haya <i>necesidad médica</i> o audiológica.	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes no hospitalizados.

Equipo médico duradero

Equipo médico duradero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
-------------------------------	---

Aparatos auditivos

Aparatos auditivos Máximo de \$1,000 por cada 36 meses para audífonos (se aplica a <i>participantes</i> mayores de 19 años de edad)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
---	---

Servicios para la audición y el habla

Servicios para la audición y el habla	Beneficios pagados igual que otras enfermedades físicas
--	---

Servicios de telemedicina

Teladoc	\$12 de <i>copago</i> por consulta médica y \$70 de <i>copago</i> por consulta de <i>salud conductual</i>
RediMD	\$0 de <i>copago</i> por visita médica

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary+

Blue Distinction Centers

Cirugía bariátrica	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en servicios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados en un Blue Distinction Center+ \$5000 de <i>copago</i> por procedimiento para honorarios del cirujano (el <i>copago</i> para honorarios del cirujano no se aplica al <i>gasto máximo de bolsillo</i>).
Trasplantes	0 % de <i>coseguro</i> (no se aplica <i>deducible</i>) por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados en un Blue Distinction Center+ 0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados en un Blue Distinction Center Plus 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados <i>dentro de la red</i>

PROGRAMA DE COBERTURA *TRS-ActiveCare*

Elegibilidad del derechohabiente

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

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

Padecimientos preexistentes

Las afecciones preexistentes están cubiertas inmediatamente

QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS

Elegibilidad del empleado

¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Para ser elegible para TRS-ActiveCare, usted:

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

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

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

A partir del 1 de septiembre del 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 cubierto por TRS. Si usted es un jubilado que vuelve al trabajo inscrito en TRS-Care y es elegible para Medicare, se podrá inscribir en TRS-ActiveCare si vuelve a trabajar con un empleador de TRS y trabaja 10 horas o más por semana. TRS proporcionará más información y orientación sobre cómo funciona esta nueva regla.

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

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

Un empleado a tiempo parcial es una persona que:

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

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

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

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

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

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

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

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

Aplazamiento de verano

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

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

Derechohabientes elegibles

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

Los *derechohabientes* elegibles incluyen los siguientes:

- Un cónyuge, incluido un cónyuge de hecho (este no es considerado elegible, a menos que se haya presentado una Declaración de matrimonio informal ante un organismo gubernamental autorizado).
- Un *hijo* menor de 26 años de edad, que sea uno de los siguientes:
 - a. un *hijo* natural,
 - b. un *hijo* adoptado o un *hijo* que se designó legítimamente para la adopción legal,
 - c. un hijastro
 - d. un menor bajo custodia provisional (foster child)
 - e. un *niño* bajo la tutela legal del empleado,

- Un nieto* menor de 26 años de edad cuya residencia principal es el hogar del empleado y que es *derechohabiente* del empleado a fines de impuestos federales sobre los ingresos para el año reportado en el que la cobertura del nieto está vigente.
*Para los fines de elegibilidad del *derechohabiente* en TRS-ActiveCare, un nieto que no entre en la definición anterior no se considera un hijo.
- “cualquier otro *hijo*” (distinto de los mencionados anteriormente) menor de 26 años de edad en una relación de padre-hijo regular con el empleado, que cumpla con los cuatro requisitos siguientes:
 - a. la residencia principal del hijo es el hogar del empleado
 - b. el empleado proporciona al menos el 50% de la manutención del hijo
 - c. ninguno de los padres naturales del hijo reside en ese hogar
 - d. el empleado tiene el derecho legal de tomar decisiones relacionadas con la atención médica del *hijo**
 *Este requisito no se aplica a los *derechohabientes* de 18 años de edad o más.
- Un *hijo*, de 26 años de edad o más, de un empleado asegurado puede ser elegible para cobertura de *derechohabiente*, siempre que el *hijo* esté incapacitado física o mentalmente hasta tal punto que *dependa* del empleado de forma regular según lo determine TRS y cumpla con otros requisitos según lo determine TRS.
- Un *derechohabiente* no incluye a un hermano o una hermana de un empleado, a menos que el hermano o la hermana sea una persona menor de 26 años 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 asegurado no cumplen con la definición de *derechohabiente* elegible.

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

Durante una auditoría de elegibilidad, se le puede pedir a los *participantes* que proporcionen una prueba satisfactoria de elegibilidad al administrador de beneficios y, si esta no fuera satisfactoria, tendrán un tiempo limitado para cancelar la cobertura de las personas no elegibles sin incurrir en multas, que podrían contemplar la expulsión conforme a las reglas de TRS publicadas en el Código Administrativo de Texas, así como la recuperación de reclamaciones pagadas. Es responsabilidad del Administrador de Beneficios obtener y mantener la documentación

Motivos especiales de inscripción/realización de cambios

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

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

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

Consulte el cuadro de la [Fecha de entrada en vigor de la cobertura](#) para obtener más información sobre los motivos especiales de inscripción, cuándo comienza la cobertura y cuándo se debe pagar la prima.

¿Qué es un motivo especial de inscripción?

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

Nuevo derechohabiente

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

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

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

¿Se puede agregar derechohabientes durante el año del plan?

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

Situaciones de elegibilidad especial

- Si tanto un empleado como su cónyuge trabajan para un distrito/entidad participante, el cónyuge puede estar asegurado como empleado o como *derechohabiente* de un empleado elegible. Solo uno de los padres puede inscribir *hijos derechohabientes* para la cobertura.
- Un *hijo* (menor de 26 años de edad) que es empleado de un distrito/entidad y es un asegurado de TRS contribuyente puede estar asegurado como *derechohabiente* de la cobertura de TRS-ActiveCare de sus padres. Sin embargo, la ley actual solo permite la agrupación de fondos estatales y del distrito para "parejas casadas". Un empleado que está asegurado como hijo derechohabiente no tendrá derecho a recibir financiamiento estatal o del distrito.
- Un jubilado que regresa a trabajar para una entidad participante en TRS-ActiveCare es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare si cumple con los requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare, independientemente de cualquier cobertura previa en TRS-Care.
- Por lo tanto, a los fines de la inscripción en TRS-ActiveCare, las personas contratadas en un puesto de sustituto o que se hayan jubilado conforme a la pensión de TRS serán consideradas empleados a tiempo parcial, independientemente de la cantidad de horas que trabajen para la entidad participante.
- Los empleados a tiempo parcial no tienen derecho a la asistencia estatal en la compra de su cobertura de TRS-ActiveCare. La entidad participante que contrata a un empleado a tiempo parcial puede, aunque no es obligación, brindarle asistencia en la compra de la cobertura de TRS-ActiveCare a este empleado.

- Al finalizar la cobertura de TRS-ActiveCare de un jubilado, el jubilado solo se puede inscribir en TRS-Care si: (A) cumple 65 años o tiene un período especial de inscripción, y (B) es elegible para inscribirse en TRS-Care. La posibilidad de inscribirse en TRS-Care bajo estos derechos tiene límite de tiempo, así que asegúrese de ejercer sus derechos oportunamente. Por ejemplo, si un jubilado que regresa al trabajo deja el empleo y pierde la cobertura de TRS-ActiveCare, tiene un motivo especial de inscripción para inscribirse en TRS-Care, si es elegible de otro modo.
- Si un participante tiene cobertura de empleado y cónyuge, y el cónyuge es contratado por un distrito/entidad participante, el empleado puede dejar la cobertura de cónyuge (a menos que esté restringido por las normas del plan “cafetería” de la Sección 125 del distrito/entidad) y así el cónyuge pueda inscribirse como una nueva contratación. (El motivo de la cancelación se consideraría como voluntario y no sería elegible para COBRA).
- Si un participante tiene cobertura de empleado e *hijo* o únicamente de empleado, y el cónyuge es contratado por un distrito/entidad participante, el empleado no puede inscribir al cónyuge porque el cónyuge es una nueva contratación; tiene que haber una pérdida de otra cobertura. El empleado puede inscribir al cónyuge dentro de los 31 días a partir de la fecha del motivo del cónyuge que dio lugar a la pérdida de otra cobertura.

Pérdida de la cobertura

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

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

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

- Medicare
- Medicaid
- CHIP
- HIPP
- cobertura individual cuando se encuentra fuera del control de la persona

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

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

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

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

Para poder tener un motivo especial de inscripción, cuando usted o su derechohabiente pierde otra cobertura médica, usted o su derechohabiente tiene que haber tenido otra cobertura médica cuando la cobertura en TRS-ActiveCare fue previamente rechazada por escrito. Si la otra cobertura fuera la continuación de la cobertura de COBRA, se puede solicitar el período especial de inscripción solo después de que se agote la continuación de la cobertura de COBRA.

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

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

Retiro de la cobertura

Los *participantes* de TRS-ActiveCare pueden abandonar la cobertura TRS-ActiveCare o eliminar *derechohabientes*, durante el año del plan, a menos que estén restringidos de hacerlo por las normas del plan de cafetería del distrito/entidad, Sección 125.

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

Hijos derechohabientes ordenados por el tribunal

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

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

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

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

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

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

Si está agregando más de un hijo, al hijo más joven se le asignará un número de asegurado. El(Los) otro(s) hijo(s) aparecerá(n) como *derechohabientes* y se cobrará la tarifa de la prima de empleado e hijo(s).

Otros derechohabientes ordenados por el tribunal

Una orden judicial o una notificación nacional de manutención médica que ordena a un empleado a proporcionar cobertura médica para un excónyuge u otros *derechohabientes* que no sean hijos elegibles bajo las normas de elegibilidad TRS-ActiveCare no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura de derechohabiente como resultado de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica. Además, este tipo de orden judicial o notificación nacional de manutención médica no se considera un motivo especial de inscripción para realizar cambios en el plan. Un excónyuge no es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare, a menos que ya esté asegurado como un *participante* de la continuación de COBRA.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

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

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Nueva entidad		
El distrito/entidad comienza a participar en TRS-ActiveCare por primera vez el 1 de septiembre y el empleado se inscribe para la cobertura durante la inscripción de verano	30 de 1	30 de 1
El distrito/entidad comienza a participar en TRS-ActiveCare después del 1 de septiembre y el empleado se inscribe para la cobertura	La fecha en la que el distrito/entidad comienza por primera vez su participación en TRS-ActiveCare	La misma fecha que la fecha de entrada en vigor de la cobertura del empleado <i>En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado</i>
Rechazos		
El empleado se inscribe para la cobertura durante el período de inscripción y originalmente ha rechazado la cobertura en TRS-ActiveCare	30 de 1	30 de 1

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Nuevas contrataciones		
<p>Una nueva contratación en un puesto con cobertura TRS que es un asegurado de TRS en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que está laboralmente activo</p>	<p>La elección del empleado entre: la fecha en que está laboralmente activo, o el primer día del mes posterior a la fecha en que el empleado está laboralmente activo</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Las nuevas contrataciones tienen que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que se está laboralmente activo.</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigor de la cobertura del empleado</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado</i></p>
<p>Una nueva contratación en un puesto no asegurado por TRS que regularmente tiene programado trabajar 10 horas o más por semana en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo</p>	<p>La elección del empleado entre: (1) su fecha de elegibilidad, o (2) el primer día del mes posterior a la fecha de elegibilidad del empleado.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigor de la cobertura del empleado</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado</i></p>

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Puestos no asegurados por TRS		
<p>Un empleado en un puesto no asegurado por TRS que trabaja menos de 10 horas programadas regularmente por semana pasa a ser empleado un puesto asegurado por TRS y se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que pasa a ser un empleado elegible.</p> <p>Nota: Si un empleado actual fuera un empleado de tiempo parcial elegible durante una oportunidad de inscripción para el año del plan vigente y después, durante el año del plan vigente, el empleado pasa a ser un empleado de tiempo completo elegible, el empleado tendrá una oportunidad de 31 días para inscribirse o inscribir a los <i>derechohabientes</i> elegibles en TRS-ActiveCare. Su oportunidad de inscripción de 31 días comenzará el primer día en que este empleado pase a ser un empleado de tiempo completo elegible. Esta oportunidad de inscripción existe incluso si anteriormente este empleado rechazó la inscripción en TRS-ActiveCare durante el año del plan vigente.</p>	<p>La elección del empleado entre: (1) su fecha de elegibilidad, o (2) el primer día del mes posterior a la Fecha de elegibilidad del <i>empleado</i>.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Los empleados tienen que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigor de la cobertura</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado.</i></p>
<p>Un empleado en un puesto no asegurado por TRS que trabaja menos de 10 horas por semana comienza a trabajar 10 o más horas programadas regularmente por semana y se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que pasa a ser un empleado elegible</p>	<p>La elección del <i>empleado</i> entre: (1) su fecha de elegibilidad, o (2) el primer día del mes posterior a la Fecha de elegibilidad del <i>empleado</i>.</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha de entrada en vigor de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigor de la cobertura</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado</i></p>

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Pérdida de elegibilidad debido a un cambio de dirección		
El empleado está inscrito en un HMO aprobado y pierde la elegibilidad debido a que ya no vive, trabaja ni reside en el área de servicio de ese HMO, el empleado puede inscribirse en otro HMO aprobado (si corresponde) o plan de TRS-ActiveCare en un plazo de 31 días después de perder la elegibilidad	El primer día del mes posterior a la fecha del suceso	La misma fecha que la fecha de entrada en vigor de la cobertura del empleado <i>En ningún caso la cobertura del derechohabiente entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor del empleado</i>

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

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

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

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Recién nacido/adopción/tutor legal (continuación)		
<p>Un empleado elegible, pero sin cobertura, adopta a un niño y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el niño que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el empleado, o • empleado y cónyuge, o • empleado e hijo adoptivo, o • empleado, cónyuge e hijo adoptivo <p>Un empleado elegible, pero sin cobertura, tiene un hijo recién nacido, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el empleado, o • empleado y cónyuge, o • empleado y recién nacido, o • empleado, cónyuge y recién nacido 	<p>La fecha de adopción o la fecha en la que el niño que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p> <p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p>	<p>La fecha de adopción o la fecha en la que el niño que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p> <p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p>
<p>Un empleado asegurado adopta a un niño y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de adopción o la fecha en que el niño que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el hijo adoptivo, o • solo el cónyuge, o • el cónyuge y/o el hijo adoptivo 		<p>La fecha de adopción o la fecha en la que el niño que se va a adoptar es colocado en el hogar del empleado.</p> <p><i>Si solo inscribe al hijo adoptivo, la prima se exime el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes. Si inscribe a cualquier otro derechohabiente elegible, la prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p>
<p>Un empleado asegurado se convierte en tutor legal de un niño derechohabiente elegible y decide inscribir al derechohabiente dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se otorga la tutela legal...</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros derechohabientes elegibles</i></p> <p><i>El otorgamiento de la tutela legal no es un motivo especial de inscripción para un empleado sin cobertura o para sus derechohabientes</i></p>		<p>La fecha en que se otorga la tutela</p> <p><i>La prima se exime el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes</i></p>

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Recién nacido/adopción/tutor legal (continuación)		
<p>Un empleado asegurado agrega un hijo derechohabiente elegible y ordenado por el tribunal después de que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros derechohabientes elegibles</i></p> <p><i>Una orden judicial para un cónyuge (o excónyuge) de un empleado asegurado no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura al derechohabiente</i></p>		<p>La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica</p> <p><i>La prima se exime el primer mes calendario si la fecha de notificación es distinta del primer día del mes</i></p>

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
<p>Un empleado elegible, pero sin cobertura, agrega un hijo derechohabiente elegible y ordenado por el tribunal después de que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica...</p> <p><i>También puede agregar en este momento a otros derechohabientes elegibles. Una orden judicial es un motivo especial de inscripción para el empleado. Si el empleado decide inscribirse e inscribir a otros derechohabientes elegibles, tiene 31 días a partir de la fecha en que el distrito/entidad participante recibe la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica para inscribirse</i></p>	<p>La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p>	<p>La fecha en que el distrito/entidad participante recibe la notificación de la orden judicial o la notificación nacional de manutención médica</p> <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura</i></p>
<p>Un empleado asegurado agrega a un nieto recién nacido elegible o a otro niño recién nacido que tenga una relación regular de padre-hijo con el empleado en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de nacimiento</p>		<p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>La prima se exime el primer mes calendario si la fecha de nacimiento es distinta del primer día del mes</i></p>
<p>Un empleado cubierto agrega a un nieto elegible u otro hijo que tenga una relación padre-hijo regular con el empleado en un plazo de 31 días a partir de que el niño sea elegible como derechohabiente... <i>Agregar a un nieto u otro hijo que tenga una relación padre-hijo regular con el empleado no es un período especial de inscripción para un empleado sin cobertura ni para sus derechohabientes</i></p>		<p>El primer día del mes después de la fecha en que el niño es elegible como derechohabiente</p>

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente elegible es...
Matrimonio/cambio de nombre		
<p>Un empleado asegurado se casa y decide inscribirse en un plazo de 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, el empleado puede realizar la inscripción de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solo el cónyuge, o • hijos elegibles del cónyuge, o • cónyuge e hijos elegibles del cónyuge <p><i>También puede agregar en este momento a otros derechohabientes este momento</i></p>		<p>El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio</p>

Si...	Su fecha de entrada en vigor es...	La fecha de entrada en vigor de su derechohabiente 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> <ul style="list-style-type: none"> • solo el empleado, o • empleado y cónyuge, o • empleado e hijos elegibles del cónyuge, o (4) empleado, cónyuge e hijos elegibles del cónyuge <p><i>También puede agregar en este momento a otros derechohabientes elegibles</i></p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio</p>

Situaciones especiales de inscripción

<p>Un empleado recibe una carta de Notificación de inscripción en el seguro por parte de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas con respecto a la elegibilidad para recibir los beneficios del programa HIPP (Programa de Pago de las Primas del Seguro Médico) y decide inscribirse en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de elegibilidad</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha de la carta de notificación</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha de la carta de notificación</p>
<p>El empleado realiza cambios en la cobertura debido a otros motivos especiales de inscripción en un plazo de 31 días posteriores al suceso que lo hace elegible</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha del suceso</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha del suceso</p>

Notifique inmediatamente a su Administrador de beneficios para:

- finalizar la cobertura de TRS-ActiveCare para un cónyuge después de un divorcio,
- finalizar la cobertura TRS-ActiveCare cuando un niño, de 26 años o más, que esté física o mentalmente incapacitado, se casa.

Cuando se finaliza la cobertura, los beneficios de los gastos incurridos después de la finalización del contrato no estarán disponibles. Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho, se solicitarán los reembolsos.

También recuerde notificar al Administrador de beneficios si usted o sus derechohabientes asegurados cambian de dirección.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura para empleados de TRS-ActiveCare finalizará:

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

La cobertura de un derechohabiente finalizará:

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

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

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

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

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

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

Usted (y el médico tratante de su derechohabiente) tiene que completar un formulario de *Autorización de derechohabiente discapacitado (Disabled Dependent Authorization)* para presentar pruebas satisfactorias de discapacidad y dependencia. El formulario tiene que enviarse a BCBSTX dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que el niño cumple 26 años o antes de la fecha en que el *niño* 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 de entrada en vigor del 1 de septiembre (el comienzo del nuevo año del plan).

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

Continuación de la cobertura de grupo (COBRA)

Consulte la subsección [Continuación de la cobertura de grupo - Federal](#) en este certificado de beneficios para obtener información adicional.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Elegir un PCP

En el momento de la inscripción, tiene que elegir un *profesional de la salud primaria* (PCP). Usted puede elegir un PCP que sea médico de familia, residente, pediatra u obstetra/ginecólogo.

Si un *participante* es menor o incapaz de seleccionar un PCP, el *asegurado principal* debería escoger uno en nombre del *participante*. Si sus *derechohabientes* se inscriben, usted y sus *derechohabientes* tienen que escoger un PCP del directorio de *proveedores que forman parte de la red* para recibir los servicios incluidos.

Para obtener la lista vigente de *proveedores que forman parte de la red*, visite el sitio web en www.bcbstx.com/trsactivecare. También puede comunicarse con su Guía de Salud Personal llamando al 1-866-355-5999.

BCBSTX puede asignar un PCP si no se ha seleccionado uno. Hasta que no se seleccione o asigne un PCP, los beneficios se limitarán a la cobertura por *atención médica de emergencia*.

Red de proveedores restringida

Si su PCP es parte de una *red de proveedores restringida*, una red de médicos en oficinas independientes que forman una asociación para proporcionar servicios de atención médica, esto puede afectar la red de *proveedores que forman parte de la red* que estén a su disposición. Las *redes de proveedores restringidas* suelen referir a los pacientes al proveedor que forma parte de la red que está asociado con la misma *red de proveedores restringida*.

Su PCP de la *red de proveedores restringida* también puede recomendarle a *proveedores que forman parte de la red* que no estén asociados a ese grupo. Es posible que tenga que escoger un obstetra o ginecólogo que pertenezca a la misma *red de proveedores restringida* que su PCP, pero no esto no afectará el derecho de una *participante* de acceder directamente a un obstetra o ginecólogo.

Los PCP de la *red de proveedores restringida* estarán identificados en el directorio de *proveedores*, o puede llamar a su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999.

Los *participantes* que han sido diagnosticados con una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal pueden solicitar la aprobación para elegir a un especialista *dentro de la red* como su PCP usando el proceso descrito en **Especialista como PCP**.

Su PCP

Su [PCP](#) coordina su atención médica, según corresponda, ya sea administrando tratamiento o emitiendo *referidos* para dirigirle a *proveedores que forman parte de la red*.

Con excepción de la *atención médica de emergencia/emergencias* médicas o ciertos beneficios de *especialistas* con acceso directo descritos en este *plan*, solo aquellos servicios que son provistos o referidos por su PCP estarán asegurados. Es su responsabilidad consultar con el PCP por todos los asuntos relacionados con su atención médica.

Si su PCP realiza, sugiere o recomienda un plan de tratamiento para usted que incluya servicios que no sean servicios incluidos, el costo completo de estos servicios no incluidos será su responsabilidad.

Cómo Cambiar Su PCP

Puede cambiar su PCP siempre que sea necesario. Si utiliza Blue Access for Members (BAM), el portal protegido para asegurados, para actualizar su PCP en su seguro de gastos médicos, esto no entrará en vigor hasta el primero del mes siguiente.

Si necesita una actualización urgente de su PCP, llame a su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999. El Guía de Salud Personal podrá hacer la actualización del PCP retroactiva al primer día del mes vigente.

En el caso de la rescisión de un *proveedor que forma parte de la red* de cualquier especialidad, BCBSTX se esforzará al máximo para notificar con una antelación razonable a los *participantes* que reciben atención de dicho *proveedor que forma parte de la red* que la rescisión es inminente. Algunas

circunstancias especiales pueden hacer que usted sea elegible para seguir recibiendo tratamiento de un *proveedor que forma parte de la red* después de la fecha de entrada en vigor de la rescisión, que se describe con detalle en **Continuación de la atención médica**.

Continuación de atención médica

Si usted se encuentra bajo la atención de un *proveedor que forma parte de la red* que cesa de participar dentro de la red, BCBSTX continuará la cobertura para los servicios incluidos de ese *proveedor* si se cumplen las siguientes condiciones:

- Usted tiene una discapacidad, afección médica aguda, enfermedad potencialmente mortal o ha superado la semana trece (13) de embarazo.
- El *proveedor* presenta una solicitud escrita a BCBSTX para que continúe la cobertura de su atención que identifica la condición por la cual usted está siendo tratado e indica que el *proveedor* considera razonablemente que discontinuar del tratamiento puede causarle daño.
- El *proveedor* acepta continuar aceptando el mismo reembolso que correspondía cuando participaba dentro de la red y no intentar cobrarle a usted ningún monto por el que usted no sería responsable si el *proveedor* permaneciera dentro de la red.

La continuación de la cobertura no se extenderá por más de noventa (90) días (o más de nueve [9] meses si se le ha diagnosticado una enfermedad terminal) después de la fecha en que la rescisión del *proveedor* entra en vigor. Si su embarazo supera las 13 semanas en la fecha de entrada en vigor de la rescisión del *proveedor*, la cobertura puede ampliarse hasta el parto, la atención médica inmediata posparto y el chequeo de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas desde el parto.

Cuando el especialista es su PCP

Si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad crónica, incapacitante o que amenace su vida, puede comunicarse con su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999 para solicitar información para recibir la aprobación del Director Médico para escoger a un especialista *que forma parte de la red* como su PCP. El Director Médico va a solicitarle tanto a usted como al especialista *que forma parte de la red* interesado en ser su PCP que firmen una certificación de necesidad médica, que se entregará con el resto de documentación de respaldo.

El especialista *que forma parte de la red* tiene que cumplir con los requisitos para la participación como PCP y estar dispuesto a aceptar la coordinación de todas sus necesidades de atención médica.

Si su solicitud es rechazada, puede apelar la decisión como se describe en [PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES](#). Si su solicitud es aprobada, la designación del especialista como su PCP no entrará en vigor de forma retroactiva. Como se utiliza aquí, “que pone en riesgo la vida” significa cualquier enfermedad o condición que muy probablemente pueda causarle la muerte, a menos que se interrumpa su curso.

Disponibilidad de proveedores

BCBSTX no puede garantizar la disponibilidad ni la participación continua de un *proveedor* concreto. Si el PCP seleccionado inicialmente no puede aceptar pacientes adicionales, se le dará la oportunidad de elegir a otro PCP. Entonces, tiene que cooperar con BCBSTX para escoger otro PCP.

Atención médica para pacientes hospitalizados por un médico que no es su PCP

Durante la estadía como paciente internado en un *hospital que forma parte de la red*, centro de enfermería especializada u otro centro *dentro de la red*, sería apropiado que un *médico* diferente a su PCP dirija y supervise su atención, si su PCP no lo hace. Sin embargo, después de que reciba el alta, usted tiene que volver a recibir la atención de su PCP o hacer que su PCP coordine la atención médica que pudiera ser de *necesidad médica*.

Si decide usar *Proveedores fuera de la red* para servicios y suministros de atención médica que no es de emergencia disponibles de los *proveedores que forman parte de la red*, los beneficios no estarán cubiertos.

Comunicación con los proveedores

BCBSTX no prohibirá, intentará prohibir ni desalentará a ningún *proveedor* que dialogue o se comunique con usted o la persona que usted designe sobre cualquier información u opiniones relacionadas con su atención médica, cualquier estipulación de su seguro de gastos médicos en la

medida que ello se relacione con sus necesidades médicas o con el hecho de que el contrato del *proveedor* con BCBSTX haya finalizado o con que el *proveedor* no continuará prestando servicios conforme a BCBSTX.

Sus responsabilidades

- Usted deberá completar y enviar a BCBSTX una solicitud u otros formularios o estados de cuenta que BCBSTX requiera razonablemente. Usted acepta que toda la información incluida en las solicitudes, los formularios y los estados de cuenta enviados a BCBSTX con motivo de la inscripción bajo este *plan* o la administración del presente es verdadera, correcta y completa a su leal saber y entender.
- Usted deberá notificar inmediatamente a su *empleador* de cualquier cambio de domicilio suyo o de sus *derechohabientes* asegurados.
- Usted entiende que BCBSTX actúa confiando en toda la información que usted proporcionó a BCBSTX en el momento de la inscripción y después de ella, y manifiesta que la información proporcionada es verdadera y exacta.
- Mediante la elección de la cobertura de conformidad con este *plan*, o la aceptación de beneficios en virtud del presente, todos *los participantes* que son legalmente capaces de ejecutar un contrato y los representantes legales de todos *los participantes* que no son capaces de ejecutar un contrato en el momento de la inscripción y después de ella, manifiestan que toda la información proporcionada es cierta y exacta, y están de acuerdo con todos los términos, las condiciones y las estipulaciones del presente documento.
- Usted está sujeto y tendrá que cumplir las normas y reglamentos de cada *proveedor* que le ofrece los beneficios.

Rechazo de un tratamiento

Usted puede, por razones personales, negarse a aceptar procedimientos o tratamientos ofrecidos por un *proveedor que forma parte de la red*. Los *proveedores que forman parte de la red* pueden considerar dicha negativa a aceptar sus recomendaciones como incompatible con la continuidad de la relación *proveedor-paciente* y como impedimento para la prestación de la atención médica adecuada.

Los *proveedores que forman parte de la red* tienen que esforzarse al máximo para brindar todos los servicios profesionales necesarios y correspondientes de forma compatible con sus deseos, en la medida que esto sea coherente con el buen juicio del *proveedor que forma parte de la red* y los requerimientos de la práctica médica adecuada.

Si usted se niega a seguir un tratamiento o procedimiento recomendado, y el *proveedor que forma parte de la red* le informa de su creencia de que no existe ninguna alternativa profesionalmente aceptable, ni BCBSTX ni ningún *proveedor dentro de la red* tendrá más responsabilidad de proveer cuidado para la condición bajo tratamiento.

Factura con saldo adicional y otras protecciones

Los requisitos federales, incluida la Ley de Asignaciones Consolidadas, pero no limitados a ella, pueden afectar sus beneficios. BCBSTX aplicará los requisitos federales a su Plan, cuando corresponda.

Para algunos tipos de atención médica *fuera de la red*, es posible que su *proveedor* de atención médica no le facture más que sus niveles de gastos compartidos de la *red*. Si recibe los tipos de atención médica que se enumeran a continuación, su gasto compartido se calculará como si usted recibiera servicios de un *proveedor que forma parte de la red*. Esos montos de gastos compartidos se aplicarán a cualquier *deducible de la red* y a los *gastos máximos de bolsillo*.

- Recibir atención médica de emergencia por parte de centros o *proveedores* que no participan en su *red*;
- Atención médica proporcionada por *proveedores* no participantes durante su visita a un centro de la *red*;
- Servicios de ambulancia aérea de *proveedores* no participantes, si su plan cubre los servicios de ambulancia aérea de la *red*;

Existen casos limitados en los que un *proveedor que no forma parte de la red* de la atención médica mencionada anteriormente puede enviarle una factura por hasta el monto de los cargos facturados por ese *proveedor*. Usted únicamente es responsable del pago de los cargos facturados por el *proveedor que no forma parte de la red* si, antes de recibir los servicios, firmó un aviso por escrito en el que se le informaba de lo siguiente:

- El estado *fuera de la red* del *proveedor*;
- En el caso de los servicios recibidos de un *proveedor que no forma parte de la red* en un centro de la *red*, existe una lista de los *proveedores que forman parte de la red* que podrían ofrecer los mismos servicios en el centro;
- Se puede requerir información sobre la *autorización previa* u otras limitaciones de la administración de servicios médicos antes de los servicios;
- Una estimación de buena fe de los cargos del *proveedor*;

Su *proveedor* no le puede solicitar que sea responsable de pagar los cargos facturados por ciertos tipos de servicios, que incluye medicina para los casos de emergencia, anestesiología, patología, radiología, neonatología y otros especialistas según la legislación correspondiente.

Tarjeta de asegurado

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

- **Su número de asegurado principal**

Este número de identificación único está precedido por un prefijo alfabético de tres caracteres que identifica a BCBSTX como su administrador de reclamaciones.

- **Su número de grupo**

Este es el número asignado para identificar la *cobertura médica* del *empleador* a través de BCBSTX.

- **Todo copago que pudiera aplicarse a su cobertura**





- **Números de teléfono importantes**

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





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

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare Primary

 <p>BlueCross BlueShield of Texas An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</p> <hr/> <p>Subscriber Name: Member Name: Identification Number: T2U123456789</p> <hr/> <p>Group Number: 385003 Coverage Date: 09/01/22</p> <hr/> <p>PCP: First Last Name MD: 999-999-9999 09/01/22</p> <hr/> <p>Referral Required:</p>	 <p>TRS-ActiveCare Primary</p> <hr/> <table border="0"> <tr> <td>PCP/Specialist</td> <td>\$30/\$70</td> </tr> <tr> <td>Urgent Care</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>RediMD</td> <td>\$0 Medical</td> </tr> <tr> <td>Teladoc</td> <td>\$12 Medical</td> </tr> <tr> <td>Teladoc</td> <td>\$70 Behavioral</td> </tr> </table>	PCP/Specialist	\$30/\$70	Urgent Care	\$50	RediMD	\$0 Medical	Teladoc	\$12 Medical	Teladoc	\$70 Behavioral
PCP/Specialist	\$30/\$70										
Urgent Care	\$50										
RediMD	\$0 Medical										
Teladoc	\$12 Medical										
Teladoc	\$70 Behavioral										
											
 <p>BlueCross BlueShield of Texas</p> <hr/> <p>www.bcbstx.com/trsactivecare Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770</p> <hr/> <p><small>This card does not guarantee coverage and to verify benefits, review claims, or find a provider visit www.bcbstx.com/trsactivecare or call toll-free 1-866-355-5999. This plan requires a PCP for diagnostic care and referrals for specialist. Make sure the PCP listed on front of card is the provider you are seeing. For questions or changes contact BCBS customer service. File claims with your local BCBS Plan. Text MYTRS to 33633 for Benefit Information</small></p> <hr/> <p>Deductible Information Ind/Fam In-Network: \$2,500/\$5,000 Ind/Fam Out-of-Network: Not Offered</p> <hr/> <p>Out of Pocket Maximum Information Ind/Fam In-Network: \$8,150/\$16,300 Ind/Fam Out-of-Network: Not Offered</p> <hr/> <p><small>BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded</small></p>											

TRS-ActiveCare Primary+

 <p>BlueCross BlueShield of Texas An independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</p>	 <p>TRS ACTIVE CARE HEALTHCARE BENEFIT SYSTEM OF TEXAS</p>	 <p>BlueCross BlueShield of Texas</p>	<p>www.bcbstx.com/trsactivecare Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770</p>										
<p>Subscriber Name: Member Name Identification Number: T2U123456789</p>	<p>TRS-ActiveCare Primary+</p>	<p>This card does not guarantee coverage and to verify benefits, review claims, or find a provider visit www.bcbstx.com/trsactivecare or call toll-free 1-866-355-5999. This plan requires a PCP for diagnostic care and referrals for specialist. Make sure the PCP listed on front of card is the provider you are seeing. For questions or changes contact BCBS customer service. File claims with your local BCBS Plan. Text MYTRS to 33633 for Benefit Information</p>	<p>Deductible Information Ind/Fam In-Network: \$1,200/\$3,600 Ind/Fam Out-of-Network: Not Offered</p>										
<p>Group Number: 385001 Coverage Date: 09/01/22</p>	<table border="1"><tr><td>PCP/Specialist</td><td>\$30/\$70</td></tr><tr><td>Urgent Care</td><td>\$50</td></tr><tr><td>RediMD</td><td>\$0 Medical</td></tr><tr><td>Teladoc</td><td>\$12 Medical</td></tr><tr><td>Teladoc</td><td>\$70 Behavioral</td></tr></table>	PCP/Specialist	\$30/\$70	Urgent Care	\$50	RediMD	\$0 Medical	Teladoc	\$12 Medical	Teladoc	\$70 Behavioral	<p>Out of Pocket Maximum Information Ind/Fam In-Network: \$8,900/\$13,800 Ind/Fam Out-of-Network: Not Offered</p>	<p>BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded</p>
PCP/Specialist	\$30/\$70												
Urgent Care	\$50												
RediMD	\$0 Medical												
Teladoc	\$12 Medical												
Teladoc	\$70 Behavioral												
<p>PCP: First Last Name MD 999-999-9999 09/01/22 Referral Required</p>													

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

- El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de asegurado emitidas para usted y para sus *derechohabientes* asegurados incluye, entre otras, las siguientes acciones, cuando se realicen de manera intencional:
 - a. uso de la tarjeta de asegurado anterior a su *fecha de entrada en vigor*;
 - b. uso de la tarjeta de asegurado después de su fecha de finalización de la cobertura conforme a su seguro de gastos médicos;
 - c. obtención de beneficios para personas sin cobertura en su seguro de gastos médicos;
 - d. obtención de beneficios sin cobertura en su seguro de gastos médicos;
- El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo o de otra manera inapropiado de las tarjetas de asegurado por parte de cualquier *participante* puede dar como resultado la aplicación de las siguientes sanciones, entre otras, a todos los *participantes* bajo su cobertura:
 - a. rechazo de beneficios;
 - b. cancelación de la cobertura bajo su seguro de gastos médicos para **todos** los *participantes* mediante su cobertura,
 - c. resarcimiento de parte de usted o cualquiera de sus *derechohabientes* asegurados de cualquier pago de beneficios realizado;
 - d. rechazo de la aprobación previa de los 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.

Rembolso de las reclamaciones de los participantes

No se prevé que realice pagos que no sean *copagos* o *coseguros* requeridos por ninguno de los beneficios proporcionados en el presente. Sin embargo, si realiza dichos pagos, puede enviar a BCBSTX una reclamación de rembolso y, cuando el rembolso corresponda, el *proveedor* le hará dicho rembolso.

Se admitirá su reclamación solamente si usted notifica a BCBSTX dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en que los gastos cubiertos fueron incurridos por primera vez, a menos que se pueda demostrar que no era razonablemente posible notificar dentro del tiempo límite y el aviso se emitió tan pronto como fue razonablemente posible. Sin embargo, no se permitirán beneficios si el aviso de la reclamación se realiza más allá de un (1) año a partir de la fecha en que se incurrió en los gastos cubiertos.

Usted tiene que proporcionar una prueba escrita de dicho pago a BCBSTX en el transcurso de un (1) año.

Reclamación o reconsideración de beneficios

Si BCBSTX rechaza total o parcialmente una reclamación o una solicitud de beneficios, recibirá una explicación por escrito del motivo de rechazo y tendrá derecho a una revisión completa. Si desea solicitar una revisión o tiene preguntas con respecto a la explicación de los beneficios, llame a su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999.

Si no está satisfecho con la información recibida en la llamada o en la correspondencia escrita, usted puede solicitar una apelación de la decisión. Puede obtener una revisión del rechazo siguiendo el proceso establecido en **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN Y APELACIÓN DE RECLAMACIONES**.

Área de servicio

El área de servicio incluye una red a nivel estatal que abarca a los 254 condados.

Determinaciones de cobertura

Ciertos servicios están cubiertos de acuerdo con las políticas médicas, procedimientos clínicos y políticas de codificación de BCBSTX, que se actualizan durante el *año del plan*. Las políticas médicas son guías que BCBSTX considera cuando se realizan determinaciones de cobertura y establecen el procedimiento y los criterios para determinar si un procedimiento, tratamiento, centro, equipo, medicamento o dispositivo es *de necesidad médica* y si es *un gasto elegible* o es *experimental o de investigación*, cosmético o un artículo de conveniencia. El procedimiento clínico y las políticas de codificación proporcionan información sobre qué servicios son reembolsables conforme al plan. Las políticas de codificación y procedimientos médicos y clínicos más actualizados están disponibles en www.bcbstx.com o comunicándose con su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999.

DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS

Determinación de tratamientos

La determinación de tratamientos puede denominarse como revisiones de las *necesidades médicas*, revisión de la utilización (UR, en inglés) o revisiones de la gestión médica. Los requisitos para considerar que un servicio es de *necesidad médica* pueden variar dependiendo de los beneficios de su *plan*. Las revisiones de *necesidad médica* pueden llevarse a cabo cuando un *proveedor* solicita una autorización antes de prestar los servicios, durante el curso de la atención médica o después de que esta se haya completado para una *revisión de necesidad médica posterior al servicio*. Sin embargo, algunos servicios pueden requerir una *autorización previa* antes del inicio de estos.

Tipos de determinación de tratamientos:

- *autorización previa*,
- *predeterminación*,
- *revisiones de las necesidades médicas posteriores al servicio*.

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

Requisitos de autorización previa

Nota: *Participantes* en los planes **TRS-ActiveCare Primary** o **TRS-ActiveCare Primary+**, su PCP se encargará de cualquier requisito de *autorización previa* o *referido* por usted.

La *autorización previa* establece anticipadamente la *necesidad médica* o la naturaleza *experimental o investigativa* de determinada atención médica y ciertos servicios incluidos en este *plan*. Así, se asegura de que la atención médica y los servicios descritos a continuación, para los cuales usted obtuvo *autorización previa*, no serán negados con base en la *necesidad médica* o la naturaleza *experimental o investigativa*. No obstante, la *autorización previa* no garantiza el pago de beneficios.

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

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

Las siguientes clases de servicios requieren *autorización previa*:

- todas las *admisiones hospitalarias* de pacientes internados,
- *gastos de atención médica a largo plazo*
- atención médica a domicilio
- *terapia de infusión en el hogar*
- *cuidados para pacientes terminales en el hogar*
- pruebas de genética molecular
- terapia de radiación
- evaluaciones de trasplante para pacientes no hospitalizados
- *ambulancia aérea* que no sea de emergencia: de ala fija (consulte la definición de [ambulancia aérea de ala fija](#) en la sección **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios)
- procedimientos/servicios para pacientes no hospitalizados:
 - a. **Cardíaco (relacionado con el corazón):**
 - (1) pruebas de estrés (imágenes de perfusión del miocardio - tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT, en inglés] y TEP)
 - (2) servicios de dispositivos implantables: marcapasos, desfibriladores cardioversores implantables
 - (3) aféresis de lípidos.

- b. **Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)**
 - (1) Alquiler de DME con gastos superiores a \$5,000 en 12 meses
 - (2) Compra de DME con un costo superior a \$5,000
- c. **Oídos, nariz y garganta (ENT):**
 - (1) aparatos auditivos de conducción ósea
 - (2) implantes cocleares
 - (3) cirugía nasal y sinusal
- d. **Gastroenterología (estómago):**
 - (1) estimulación eléctrica gástrica (GES, en inglés)
- e. **Neurológico:**
 - (1) estimulación cerebral profunda
 - (2) neuromodulación/estimulación del nervio sacro
 - (3) estimulación del nervio vago (ENV)
- f. **Ortopédico (musculo-esquelético):**
 - (1) disco intervertebral artificial
 - (2) implante de condrocitos autólogos (ACI, en inglés) para las lesiones del cartílago articular focal
 - (3) cirugía de articulación o de la columna
 - (4) fusión espinal lumbar
 - (5) aplicaciones ortopédicas de la terapia de células madre
 - (6) cirugía de reemplazo total de disco
- g. **Manejo del dolor:**
 - (1) inyecciones epidurales de esteroides en la columna
 - (2) desactivación quirúrgica de los sitios desencadenantes de dolor de cabeza
 - (3) manejo intervencionista del dolor
 - (4) inyecciones vertebrales de la articulación facetaria
 - (5) ablación/denervación de la articulación facetaria espinal por radiofrecuencia
 - (6) estimuladores de la médula espinal
 - (7) bloques simpáticos regionales
 - (8) inyecciones de la articulación sacroilíaca
 - (9) sistemas de administración de fármacos intratecales implantables
- h. **Radiología:**
 - (1) servicios avanzados de diagnóstico por medio de imágenes, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética (MRA), TEP, TEP-TC, TC, angiografía por tomografía computarizada (ATC), medicina nuclear (incluida cardiología)
- i. **Medicina del sueño:**
 - (1) estudios diagnósticos de sueño asistido y pruebas de sueño en el hogar
 - (2) dispositivos y suministros de terapia de presión positiva de las vías respiratorias (PAP); (máquinas Sleep CPAP y BiPAP),
 - (3) supervisión del cumplimiento de la terapia de presión positiva de las vías respiratorias (PAP) e intervención por incumplimiento
- j. **Procedimientos quirúrgicos:**
 - (1) cirugía ortognática; reconstrucción de la cara
 - (2) mastopexia; levantamiento de senos
 - (3) mamoplastia de reducción; reducción de senos
- k. **Farmacia de medicamentos especializados:**
 - (1) medicamentos especializados de beneficio médico (medicamentos especializados administrados por su *proveedor*).

I. Cuidado de heridas:

(1) terapia sistémica de oxígeno hiperbárico (HBO2)

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

Servicios de salud conductual

Para obtener información sobre una *admisión hospitalaria*, consulte la siguiente sección titulada *autorización previa para admisiones hospitalarias*. A fin de recibir los beneficios máximos conforme a este certificado de beneficios, usted debe obtener *autorización previa* para admisiones de emergencia y que no son de emergencia para acceder a los servicios de *atención de salud mental o enfermedad mental grave, centros residenciales de tratamientos* y programas de hospitalización parcial. BCBSTX obtendrá información sobre los servicios y puede dialogar sobre el tratamiento propuesto con su *proveedor de salud conductual*.

Las siguientes clases de servicios de salud conductual requieren *autorización previa*:

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

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

Sin embargo, si tales servicios y suministros no están disponibles desde un *proveedor que forma parte de la red*, comuníquese con BCBSTX antes de optar por usar un *proveedor que no forma parte de la red*, y BCBSTX determinará cómo maximizar sus beneficios.

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

Esto significa que tiene que asegurarse de que usted, un representante autorizado, su *médico*, su *proveedor de servicios de salud conductual* cumplan con las siguientes pautas. No obtener la *autorización previa* de los servicios requerirá pasos adicionales o reducciones de beneficios, tal como se describe en la subsección titulada *Falta de obtención de autorización previa*.

Autorización previa para admisiones hospitalarias

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

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

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

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

Después del horario laboral o durante los fines de semana, llame a su **Guía de Salud Personal** al 1-866-355-5999. Su llamada será grabada y se devolverá el próximo día hábil. Un enfermero de gestión de beneficios realizará un seguimiento con el consultorio de su *profesional de la salud*. Los plazos de los requisitos de *autorización previa* se proporcionan de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales correspondientes.

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

Cuando se obtiene la *autorización previa* de una *admisión hospitalaria*, se asigna la duración de la estancia. Si usted requiere de una internación más larga, su *proveedor* puede buscar una ampliación para los días adicionales. Los beneficios no estarán disponibles para los cargos por alojamiento y comida de los días que no sean médicamente necesarios. Para obtener más información sobre las duraciones de la estadía, consulte la subsección **Revisión de la duración de la estancia/servicio** de este certificado de beneficios.

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

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

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

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

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

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

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

Si los *gastos de atención médica de largo plazo* o la *terapia de infusión en el hogar* deben llevarse a cabo en menos de una semana, la agencia o el centro deberá llamar a su **Guía de Salud Personal** al número de teléfono que aparece en este certificado de beneficios o que se muestra en su tarjeta de asegurado.

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

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

A fin de recibir los máximos beneficios, usted debe obtener la *autorización previa* del *plan* con el objetivo de poder acceder a todo el tratamiento de hospitalización para los servicios de *atención de salud mental, enfermedad mental grave y trastorno por consumo de sustancias*. También se requiere *autorización previa* para determinados servicios para pacientes no hospitalizados.

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

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

No se requiere *autorización previa* para las consultas de terapia con un *médico, proveedor de salud conductual* u *otro proveedor profesional*.

Para cumplir con los requisitos de *autorización previa*, usted, un representante autorizado o su *proveedor de salud conductual* deben llamar a su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999. Su **Guía de salud personal** está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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

Cuando obtiene una *autorización previa* para recibir un tratamiento o servicio, se asigna una duración de la estancia o del servicio. Si requiere de una estancia más prolongada o de un servicio más prolongado, su *proveedor de salud conductual* puede solicitar una extensión para los días o las consultas adicionales.

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

Revisión de la predeterminación

La *predeterminación* es una revisión opcional que realiza BCBSTX de la *necesidad médica* sobre un procedimiento médico, prueba o tratamiento que su *proveedor* le recomendó, con el objetivo de determinar si cumple con las directrices aprobadas de la política médica de BCBSTX. Una revisión de la *predeterminación* no es lo mismo que una *autorización previa*. La *autorización previa* es un proceso requerido para que el *proveedor* obtenga la aprobación del *plan* antes de que usted sea admitido en el *hospital* o para que pueda acceder a ciertos tipos de *servicios incluidos*. Una revisión de la *predeterminación* puede ayudarlo a evitar gastos de bolsillo inesperados, mediante la determinación por adelantado de si su plan de atención médica cubrirá un servicio recomendado. Si un servicio requiere *autorización previa*, no está disponible una revisión de la *predeterminación*.

La revisión de la *predeterminación* no es una 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*. Coordine con su *proveedor* a fin de presentar una solicitud por escrito para obtener una *predeterminación*.

A continuación, se muestran algunos ejemplos (no es una lista exhaustiva) de algunos servicios comunes para los que se recomienda una revisión de la *predeterminación*:

- ciertos equipos médicos duraderos de mayor costo,
- cirugías que pueden considerarse cosméticas,
- servicios y suministros que pueden ser *experimentales* o *investigativos* en determinadas circunstancias.

Estipulaciones generales aplicables a las revisiones de la predeterminación

- **No es Garantía de Pago**

Una *predeterminación* no es una garantía de beneficios o pago de 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. Aunque el beneficio se haya autorizado en la *predeterminación*, la cobertura o el pago pueden verse afectados por varios motivos. Por ejemplo, es posible que haya dejado de ser elegible desde la fecha del servicio o que los beneficios del miembro hayan cambiado a partir de la fecha del servicio.

- **Solicitud de información adicional**

El proceso de *predeterminación* puede requerir documentación adicional de su *proveedor* o farmacéutico. Además de la solicitud por escrito para que se lleve a cabo una *predeterminación*, se puede requerir al *profesional de la salud* o farmacéutico que incluya 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, modelos de estudio, receta médica, declaraciones detalladas de costos por reparación y remplazos, fotografías, radiografías, etc., según lo solicite BCBSTX para realizar una determinación sobre la cobertura de acuerdo con los términos y condiciones de este *plan*.

Revisión de 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 necesidad médica posterior al servicio*. Puede que una *revisión de necesidad médica posterior al servicio* esté disponible cuando no se obtuvo una *autorización previa* o *predeterminación* antes de que se prestaran los servicios.

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

- **No es Garantía de Pago**

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

- **Solicitud de información adicional**

El proceso de *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* puede requerir documentación adicional de su *proveedor* o farmacéutico. Además de la solicitud por escrito para que se lleve a cabo una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*, se puede requerir al *profesional de la salud* 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 obtención de la autorización previa

Si no se obtiene la *autorización previa* para los *ingresos hospitalarios*, los *gastos de atención médica a largo plazo*, la *terapia de infusión en el hogar*, los servicios médicos para *pacientes no hospitalizados*, todos los tratamientos de *atención médica para la salud mental* de pacientes internados y no hospitalizados especificados antes, el tratamiento de *enfermedades mentales graves* y el tratamiento para el *trastorno por consumo de sustancias*:

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

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

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

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

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

Proceso de renovación de autorización previa

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

PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Procedimientos para presentación de reclamaciones

Se requiere presentar reclamaciones

Formularios de reclamación

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

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

Quién presenta una reclamación

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

Proveedores con contrato

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

Reclamación presentada por el participante

Medical Claims

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

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

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

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

www.bcbstx.com/trsactivecare

Dónde enviar los formularios de reclamación completos

Medical Claims

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

Quién recibe el pago

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

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

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

Pagos de beneficios a un custodio principal

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

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

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

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

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

Cuándo presentar una reclamación

Toda reclamación de beneficios conforme al *plan* tendrá que presentarse adecuadamente a BCBSTX dentro de los doce (12) meses a partir de la fecha en que usted recibe los servicios o suministros. Toda reclamación que BCBSTX presente y reciba después de ese período no se tomará en cuenta para el pago de beneficios.

Recepción de reclamaciones por parte de BCBSTX

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

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

Revisión de determinaciones de reclamación

Determinaciones de reclamación

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

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

Plazos de los avisos requeridos y extensiones para determinaciones iniciales

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

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

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

	Reclamaciones de atención médica inmediata	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Reclamaciones de atención médica simultánea
¿Cuál es el plazo general para la determinación inicial?	No más de 72 horas desde la recepción de la reclamación	15 días calendario desde la recepción de la reclamación	30 días calendario desde la recepción de la reclamación	<p>Debe ser proporcionada con suficiente anticipación para darle a usted una oportunidad de apelar y obtener una decisión antes de que el tratamiento previamente aprobado se reduzca o se dé por finalizado. Una solicitud para extender un curso de tratamiento aprobado que sea una Reclamación de atención médica inmediata 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. Si una solicitud para extender un curso de tratamiento no es una Reclamación de atención médica inmediata, 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 inmediata	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Reclamaciones de atención médica Reclamaciones
¿Qué sucede si se necesita información adicional?	En un plazo de 24 horas, se le tiene que notificar sobre la necesidad de información adicional para decidir el resultado de una reclamación. Se le tiene que dar al menos 48 horas para responder.	Si se necesita una extensión porque usted no proporcionó la información necesaria para decidir sobre la reclamación, el aviso de extensión tiene que especificar la información necesaria. Se le tiene que dar al menos 45 días calendario para responder. El plazo para la determinación inicial de las reclamaciones se suspende hasta el final del período de respuesta establecido o hasta que se reciba la información, lo que ocurra primero.	Si se necesita una extensión porque usted no proporcionó la información necesaria para decidir sobre la reclamación, el aviso de extensión tiene que especificar la información necesaria. Se le tiene que dar al menos 45 días calendario para responder. El plazo para la determinación inicial de las reclamaciones se suspende hasta el final del período de respuesta establecido o hasta que se reciba la información, lo que ocurra primero.	No aplicable
¿Cuál es el plazo si se necesita información adicional?	Usted debe ser notificado sobre la decisión en un plazo máximo de 48 horas después de lo que ocurra primero: 1) la recepción por parte de BCBSTX de la información solicitada; o 2) el final del período de respuesta establecido.	Si hay una extensión, tienen que notificarle la decisión en un plazo máximo de 15 días calendario después de que BCBSTX reciba una respuesta a la solicitud de información o 15 días calendario después del final de la fecha límite para que usted proporcione la información, lo que ocurra primero.	Si hay una extensión, tienen que notificarle la decisión en un plazo máximo de 15 días calendario después de que BCBSTX reciba una respuesta a la solicitud de información o 15 días calendario después del final de la fecha límite para que usted proporcione la información, lo que ocurra primero.	

NOTA: Reclamaciones presentadas incorrectamente. Para las reclamaciones previas al servicio que nombran a un demandante, una afección médica y un servicio o suministro específicos, para los cuales se solicita aprobación y que se envían a un representante de BCBSTX responsable de los asuntos relacionados con los beneficios, pero que de otro modo no siguen los procedimientos para presentar reclamaciones previas al servicio, se le notificará a usted sobre la situación dentro de los 5 días (dentro de las 24 horas en el caso de una reclamación de atención médica inmediata) y sobre los procedimientos adecuados que se deben seguir. El aviso puede ser oral, pero usted puede también solicitar un aviso escrito.

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

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

Procedimientos para apelar decisiones.

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

- Los motivos de la determinación.
- Una referencia a las estipulaciones del *plan* sobre las cuales se base la determinación.
- Una descripción de la información adicional que puede ser necesaria para completar la reclamación y una explicación de por qué ese material es necesario.
- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha de servicio, el profesional de la salud, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de rechazo con sus significados y los estándares utilizados.
Tenga en cuenta 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 una revisión externa) y los límites de tiempo aplicables, información sobre cualquier procedimiento de apelación voluntaria que ofrezca su seguro de gastos médicos.
- En ciertos casos, se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de rechazo de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si se solicita) en dicho(s) idioma(s).
- En ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por BCBSTX.
- El derecho de solicitar, sin cargo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios.
- Toda norma, pauta, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha norma, pauta, protocolo u otro criterio similar, sin cargo alguno, si lo solicita.
- Una explicación del razonamiento científico o clínico utilizado como base para tomar esta determinación, aplicada a las circunstancias médicas del reclamante, si el rechazo se basó en la necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión similar; o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo alguno si lo solicita.
- En el caso de rechazo de una Reclamación de atención médica inmediata, se incluirá una descripción de los procedimientos de revisión interna y externa acelerada aplicable a dichas reclamaciones.
- La decisión sobre una reclamación de atención médica inmediata puede proporcionarse oralmente, siempre y cuando el aviso por escrito se entregue al demandante en un plazo de tres días después de dar aviso oral.
- Información de contacto de la oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o del defensor del consumidor correspondiente.

Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones

Procedimientos para apelar decisiones - Definiciones

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

Si BCBSTX ha aprobado un tratamiento en curso y reduce o finaliza tal tratamiento (por un método que no sea la enmienda o la finalización del plan de beneficios del *empleador*) antes del fin del período de tratamiento aprobado, esto también es una determinación adversa de beneficios. Una Rescisión de cobertura también es una Determinación adversa de beneficios.

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

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

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

Cómo apelar una determinación adversa de beneficios

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

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

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

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

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

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

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

BCBSTX tomará una determinación sobre la apelación en función de la revisión por parte de un *médico* asociado o que tiene un contrato con BCBSTX, que no estuvo involucrado en el rechazo inicial. Antes de que usted o su representante autorizado inicien cualquier acción para recuperar los beneficios, usted tiene que agotar el proceso de apelación, plantear todas las cuestiones relativas a una reclamación y presentar una apelación o apelaciones y que BCBSTX decida finalmente las apelaciones.

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

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

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

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

Aviso sobre la determinación de la apelación

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

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

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

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

- Una explicación de los procesos de revisión externa (y cómo iniciar una revisión externa) y una declaración de su derecho, si corresponde, para iniciar una acción civil después de un rechazo final en cuanto a la revisión interna y el período en el que se tiene que presentar esa acción.
- En ciertos casos, se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de rechazo de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si se solicita) en dicho(s) idioma(s).
- En ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por BCBSTX.
- El derecho de solicitar, sin cargo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios.

- Toda norma, pauta, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha norma, pauta, protocolo u otro criterio similar, sin cargo alguno, si lo solicita.
- una explicación del criterio clínico o científico en el que se basa la determinación, o una afirmación de que se proveerá tal explicación sin cargo alguno a pedido,
- Una descripción del estándar que fue empleado para rechazar la reclamación y un diálogo sobre la decisión.
- Información de contacto de la oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o del defensor del consumidor correspondiente.

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

Si necesita ayuda

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

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

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

Criterios de revisión externa

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

Revisión externa estándar

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

- **Solicitud para una revisión externa**

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

- **Revisión preliminar**

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

- a. Usted está o estuvo cubierto conforme su seguro de gastos médicos en el momento en que el artículo o servicio de atención médica fue solicitado o, en caso de una revisión retrospectiva, estuvo cubierto conforme a su seguro de gastos médicos en el momento en que el artículo o servicio de atención médica fue provisto.
- b. La determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna final no tiene relación con su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad bajo los términos de su seguro de gastos médicos (por ejemplo, clasificación de trabajador o determinación similar).
- c. Usted ha agotado el proceso de apelación interno de BCBSTX, salvo que no se le exija que agote dicho proceso conforme a las regulaciones finales provisionales. Lea más adelante la subsección **Agotamiento** para obtener información adicional acerca del agotamiento del proceso de apelación interno;
- d. Usted o su representante autorizado han aportado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

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

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

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

La IRO tiene que proporcionar lo siguiente:

- a. La utilización de expertos legales, si procede, para tomar una determinación de cobertura conforme a su seguro de gastos médicos.
- b. Una notificación oportuna por escrito a usted o a su representante autorizado sobre la elegibilidad y la aceptación de la solicitud para revisión externa. Esta notificación incluirá una declaración de que usted puede enviar por escrito a la IRO asignada, en el transcurso de 10 días hábiles después de la fecha de recepción de la notificación, información adicional que la IRO tendrá que considerar cuando lleve a cabo la revisión externa. La IRO no está obligada a aceptar y considerar la información adicional enviada después del plazo de 10 días hábiles, pero puede hacerlo.
- c. En el plazo de cinco días hábiles después de la fecha de asignación de la IRO, BCBSTX tiene que proporcionar a la IRO asignada la documentación y toda información considerada para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final. Si BCBSTX no proporciona de manera oportuna la documentación e información, esto no retrasará la revisión externa. Si BCBSTX no proporciona oportunamente la documentación e información, la IRO asignada puede dar por terminada la revisión externa y decidir revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final. En el plazo de un día hábil tras haber tomado la decisión, la IRO tiene que notificárselo a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado.

- d. Tras recibir cualquier información presentada por usted o su representante autorizado, la IRO asignada tiene que, en el plazo de un día hábil, reenviar la información a BCBSTX. Una vez recibida dicha información, BCBSTX puede reconsiderar la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte de BCBSTX no deberá retrasar la revisión externa. Se puede dar por finalizada la revisión externa como consecuencia de la reconsideración solo si BCBSTX decide, al completar su reconsideración, revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final y proporcionar cobertura o pago. En el plazo de un día hábil tras haber tomado la decisión, BCBSTX tiene que proporcionar un aviso escrito de su decisión a usted y a la IRO asignada. La IRO asignada debe dar por finalizada la revisión externa al recibir el aviso de BCBSTX.
- e. Revisar toda la información y documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la IRO asignada no estará sujeta a las decisiones o conclusiones de BCBSTX. Además de la documentación e información provistas, y en la medida en que la información o la documentación esté disponible y la IRO la considere apropiada, la IRO asignada considerará lo siguiente al tomar una decisión:
- (1) Sus expedientes médicos.
 - (2) La recomendación del profesional de la salud tratante.
 - (3) Los informes de los profesionales de la salud apropiados y otra documentación presentada por BCBSTX, usted o su profesional de la salud tratante.
 - (4) Los términos de su plan para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria a los términos de su seguro de gastos médicos, salvo que los términos se contradigan con la ley vigente.
 - (5) Las pautas de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y que pueden incluir cualquier otra pauta de práctica desarrollada por el gobierno federal, las sociedades, consejos y asociaciones médicas nacionales o profesionales.
 - (6) Los criterios de revisión clínica aplicables desarrollados y utilizados por BCBSTX, salvo que los criterios se contradigan con los términos de su seguro de gastos médicos o con la ley vigente.
 - (7) La opinión del revisor o los revisores clínicos de la IRO tras haber considerado la información descrita en este aviso en la medida en que la información o la documentación estén disponibles, y el o los revisores clínicos lo consideren adecuado.
- f. Aviso por escrito de la decisión de revisión externa final, el cual se debe proporcionar en un plazo de 45 días después de que la IRO reciba la solicitud para una revisión externa. La IRO tiene que proporcionar el aviso de decisión de revisión externa final a BCBSTX y a usted o su representante autorizado.
- g. El aviso de decisión de revisión externa final incluirá lo siguiente:
- (1) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, con información suficiente para identificar la reclamación (incluida la fecha o las fechas de servicio, el profesional de la salud, el monto de la reclamación [si corresponde], el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente y el motivo del rechazo anterior).
 - (2) La fecha en que la IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO.
 - (3) Referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar la decisión, incluidas las estipulaciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia.
 - (4) Una discusión del motivo o los motivos principales de la decisión, incluida la justificación de la decisión y los estándares basados en la evidencia utilizados al tomar su decisión.
 - (5) Una declaración de que la determinación es vinculante, salvo en la medida en la que haya otras soluciones disponibles conforme a la ley estatal o federal para BCBSTX, usted o su representante autorizado.

- (6) Una declaración de la disponibilidad de una revisión judicial para usted o su representante autorizado.
- (7) Información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o defensor del consumidor aplicable establecido conforme a la sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública (PHS, en inglés).

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

- **Reversión de la decisión del plan**

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

Revisión externa acelerada

- **Solicitud para una revisión externa acelerada**

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

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

- **Revisión preliminar**

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

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

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

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

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

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

Agotamiento

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

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

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

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

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

La interpretación de las estipulaciones del plan del empleador

El *plan* ha otorgado 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 estipulaciones del *plan*.

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

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

GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

Gastos elegibles

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

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

Siempre que se mencione **PROGRAMA DE COBERTURA**, consulte su(s) programa(s) correspondiente(s) en este certificado de beneficios. A menos que se establezca lo contrario, sus beneficios se calculan en función de un período de beneficios del *año del plan*. Al final de un año del *plan*, comienza un nuevo período de beneficios para cada *participante*.

Copagos

Algunos de los servicios de atención médica y tratamientos que reciba conforme su seguro de gastos médicos requerirán de un *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*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deducibles

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

Los *deducibles* se explican de la siguiente manera:

- Cada *participante* bajo su cobertura deberá cumplir, *cada año del plan*, con el monto de *deducible* individual mostrado en su **PROGRAMA DE COBERTURA** en la sección “*deducibles*”. A menos que se indique lo contrario, este *deducible* se aplicará a todas las categorías de *gastos elegibles* antes de que los beneficios estén disponibles conforme a su seguro de gastos médicos.
Nota: Solo tiene que cumplir con su propio deducible antes de que el plan comience a pagar coseguro.
- Si usted tiene varios *derechohabientes* asegurados, todos los cargos que se aplicaban a un monto de *deducible* “individual” se aplicarán al monto de *deducible* “familiar” que se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Cuando se alcanza ese monto de *deducible* familiar, no se tendrá que cumplir con más *deducibles* individuales por el resto de ese *año del plan*. Ningún *participante* contribuirá al monto de *deducible* “familiar” una cantidad mayor al monto de *deducible* individual.

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

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

Gasto máximo de bolsillo

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

Su *gasto máximo de bolsillo* no incluirá:

- servicios, suministros o cargos limitados o excluidos por su seguro de gastos médicos
- gastos sin cobertura debido a que se ha alcanzado el límite máximo de un beneficio
- todo *gasto elegible* que pague el plan primario cuando el seguro de gastos médicos es el plan secundario para fines de coordinación de beneficios,

- multas que se aplican por no obtener la *autorización previa*

Gasto máximo de bolsillo individual

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

Gasto máximo de bolsillo familiar

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

Cambios en los beneficios

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

Requisitos de los beneficios

Todos los servicios incluidos, a menos que claramente se indique de otra manera:

- tienen que ser de *necesidad médica*;
- tienen que ser prestados, prescritos, orientados o autorizados previamente por el PCP o BCBSTX;
- tienen que ser brindados por un *proveedor que forma parte de la red*;
- están sujetos a un *copago/coseguro* y cualquier otro monto adeudado que se muestra en el **PROGRAMA DE COBERTURA**
- pueden estar sujetos a límites, restricciones o exclusiones descritas en la sección de [LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS](#);
- pueden requerir *autorización previa*

Los servicios y suministros proporcionados por los *proveedores que no forman parte de la red* no **están cubiertos**, excepto por los siguientes:

- *atención médica de emergencia*
- cuando los autorice BCBSTX o su PCP.

El servicio de autoreferido a un *proveedor que forma parte de la red* no está **cubierto** excepto para las *participantes mujeres* Las *participantes mujeres* pueden acceder directamente a un obstetra/ginecólogo para los siguientes:

- *exámenes preventivos para la mujeres*,
- *atención obstétrica*,
- *atención para todas las condiciones ginecológicas activas*, y
- *diagnóstico, tratamiento, y referido de cualquier enfermedad o condición dentro del alcance de la práctica profesional* del obstetra o ginecólogo.

SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS

Gastos de hospitalización

Su seguro de gastos médicos provee cobertura para *gastos de hospitalización* tanto para usted como para sus *derechohabientes* elegibles. Cada *admisión hospitalaria* requiere una *autorización previa*. Consulte la subsección [DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS](#) de este certificado de beneficios para obtener más información.

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

Todos los *gastos de servicios para pacientes internados*, excepto la *atención médica de emergencia* y el tratamiento del cáncer de mama, tienen que ser coordinados por su PCP y requieren autorización previa. La atención para pacientes internados puede ser administrada por un *médico de la red* distinto a su PCP.

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

Si se requieren servicios para *pacientes internados* en el hospital después de recibir *atención médica de emergencia* y atención postestabilización en un hospital que *no forma parte de la red*, debe notificar a BCBSTX en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas desde la recepción de la *atención médica de emergencia*, o tan pronto como sea posible sin ser médicamente dañino o perjudicial para usted. BCBSTX revisará la *necesidad médica* y la disponibilidad del *proveedor que forma parte de la red* de los servicios para *pacientes internados* en el hospital. Si BCBSTX determina que los *gastos de hospitalización* no son *médicamente necesarios* o están disponibles en un *proveedor dentro de la red*, o si usted no notifica a BCBSTX en un plazo de cuarenta y ocho horas, no se cubrirán los beneficios en el hospital *fuera de la red*.

Consulte su [PROGRAMA DE COBERTURA](#) para obtener información relacionada con *deducibles*, porcentajes de *coseguro* y multas por no obtener *autorización previa*, que puede corresponder a su cobertura.

Gastos médico-quirúrgicos

Su seguro de gastos médicos proporciona cobertura para *gastos médico-quirúrgicos* tanto para usted como para sus *derechohabientes* asegurados. Ciertos servicios requieren una *autorización previa*. Consulte la subsección **DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS** de este certificado de beneficios para obtener más información.

Nota: Los *gastos médico-quirúrgicos* están disponibles cuando los proporciona un *proveedor que forma parte de la red*, que el PCP receta o acuerda, y se cumplen todos los requisitos de *autorización previa*.

Los *copagos* aplicables tienen que pagarse a su *proveedor que forma parte de la red* o a *otros proveedores que forman parte de la red* en el momento de la prestación del servicio.

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

Los *gastos médico-quirúrgicos* incluirán:

- Servicios de *médicos y otros proveedores profesionales*
- Servicios de consulta de *médicos y otros proveedores profesionales*
- Servicios de un enfermero anestesista profesional (CRNA, en inglés)
- Procedimientos de radiografía de diagnóstico y laboratorio
- terapia de radiación
- alquiler de equipo médico duradero necesario para uso terapéutico, a menos que los gastos de alquiler superen el precio de compra, o que su seguro de gastos médicos exija la compra de dicho equipo;

el término “equipo médico duradero (DME, en inglés)” no incluirá:

- 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

Los ejemplos de equipos sin cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:

- a. aires acondicionados
- b. purificadores de aire
- c. humidificadores
- d. equipos para acondicionamiento físico
- e. equipo para baño con hidromasaje

- en caso de *atención médica de emergencia*, el transporte de ambulancia terrestre o aéreo al *hospital* más cercano que esté debidamente equipado y con el personal indicado para el tratamiento de la condición del *participante*;

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

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

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

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

Nota: Los servicios de transportación de ambulancia aérea y terrestre que no son de emergencia solo están cubiertos cuando:

- a. están autorizados por el PCP o BCBSTX;
- b. la transportación de ambulancia es de necesidad médica;
- c. el terreno, la distancia, su condición física u otras circunstancias requieren el uso de servicios de ambulancia aérea en lugar de servicios de ambulancia terrestre;
- Anestesia y su administración, cuando la coloque una persona que no sea el *médico* cirujano u *otro proveedor profesional*.
- El oxígeno y su administración, siempre que se use el oxígeno.
- La sangre, incluido su costo, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo, que no es reemplazada por o para el *participante*.
- *Dispositivos de prótesis*, incluidos los reemplazos que se necesitan por razones de crecimiento del *participante*.
- Los soportes ortopédicos (es decir, un aparato ortopédico que se utiliza para apoyar, alinear o mantener las partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo lo siguiente:
 - a. soportes rígidos para la espalda, las piernas o el cuello;
 - b. yeso para tratamiento de cualquier parte de las piernas, brazos, hombros, caderas o espalda;
 - c. corsés para espalda y quirúrgicos especiales
 - d. férulas, bragueros, vendajes y apósitos aplicados, ordenados o recetados por un *médico*, que están diseñados a medida para ayudar a la función de una articulación
- *terapia de infusión en el hogar*
- *Terapia de infusión para pacientes no hospitalizados*

Se ha determinado que algunos servicios de infusión de medicamentos de mantenimiento de rutina para pacientes no hospitalizados pueden administrarse de manera segura, fuera de un entorno de *hospital* para pacientes no hospitalizados. Los gastos de bolsillo de los participantes pueden ser menores cuando los servicios incluidos se prestan en una sala de infusiones, un hogar o un consultorio en lugar de un *hospital*. Los servicios de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados que no sean de mantenimiento estarán incluidos de la misma manera que cualquier otra enfermedad. En el **PROGRAMA DE COBERTURA** se describe el pago de los servicios de infusión. Para los fines de esta sección, una sala de infusión es una alternativa a los *hospitales* y clínicas donde se pueden infundir 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 no hospitalizado a un *hospital*, un *centro terapéutico* o un *centro para tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*, o servicios programados en la sala de tratamiento para pacientes no hospitalizados de un *hospital*
- *ciertos procedimientos de diagnóstico*
- *servicios de anticonceptivos para pacientes no hospitalizados*, dispositivos anticonceptivos con receta médica y anticonceptivos femeninos de venta libre especificados y aprobados por la FDA con **una receta médica** emitida por un *proveedor de atención médica* a mujeres con capacidad reproductiva, como se muestra en los **Beneficios para servicios de atención médica preventiva**

El *participante* será responsable de presentar un formulario de reclamación con la receta médica por escrito y un recibo detallado del anticonceptivo femenino de venta libre. Visite el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com/trsactivecare para obtener un formulario de reclamación.

- *servicios de telesalud y servicios médicos de telemedicina*
- Cuidado de los pies en relación con una enfermedad, padecimiento o problema médico, como neuropatía periférica, insuficiencia venosa crónica y diabetes, entre otras

- Esterilizaciones masculinas y femeninas opcionales
- fórmula alimenticia necesaria para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias; otras fórmulas enterales no están cubiertas;
- pelucas, cuando la pérdida de cabello se debe a
 - a. lesión
 - b. tratamiento de una enfermedad
 - c. alopecia causada por la quimioterapia
 - d. infecciones fúngicas
 - e. lupus
 - f. terapia de radiación
- Enfermería privada
- Acupuntura, en lugar de anestesia o para náuseas durante el embarazo

Gastos de atención médica a largo plazo

Su seguro de gastos médicos también proporciona beneficios para *gastos de atención médica a largo plazo* tanto para usted como para sus *derechohabientes* asegurados. Ciertos *gastos de atención médica a largo plazo* requieren una *autorización previa*. Consulte la sección [DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS](#) de este certificado de beneficios para obtener más información.

Nota: Los *gastos de atención médica a largo plazo* están disponibles cuando los proporciona un *proveedor que forma parte de la red*, que el PCP receta o acuerda, y se cumplen todos los requisitos de *autorización previa*.

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

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

Todos los pagos realizados por su seguro de gastos médicos se aplicarán al máximo de beneficios para consultas, si los hubiera.

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

Cualquier *gasto de atención médica a largo plazo* que no se haya pagado que esté por encima de cualquier máximo de beneficios para consultas como se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA** no se aplicará a ningún *monto máximo de bolsillo*.

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

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

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

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

No se proveerán beneficios de *atención médica en el hogar* para los siguientes:

- a. comida o servicios de alimentos a domicilio
 - b. trabajo social del caso o servicios domésticos
 - c. servicios que se proporcionan principalmente para el cuidado personal no médico
 - d. servicios de transportación
 - e. terapia de infusión en el hogar
 - f. equipo médico duradero
- Para *cuidados para pacientes terminales*:
 - a. *cuidados para pacientes terminales* en el hogar:
 - (1) atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de un enfermero profesional (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés)
 - (2) servicios de auxiliar de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente
 - (3) servicios de terapia física, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia
 - (4) servicios domésticos y de asesoramiento proporcionados de manera rutinaria por parte de la agencia de atención para pacientes terminales, que incluye asesoramiento por duelo para la familia
 - b. *cuidados para pacientes terminales* en un centro:
 - (1) toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero profesional (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés)
 - (2) alojamiento y comida y todos los servicios, suministros y equipo de rutina provistos por el centro para pacientes terminales.
 - (3) servicios de terapia física, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia

Gastos de prestaciones especiales

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

Nota: Los gastos con estipulaciones especiales están disponibles cuando los proporciona un *proveedor que forma parte de la red*, que el PCP receta o acuerda, y se cumplen todos los requisitos de *autorización previa*.

Beneficios para el tratamiento de complicaciones en el embarazo

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

Beneficios para la atención durante la maternidad

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurre para la *atención en maternidad* se determinarán según los mismos criterios que se usan para el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Las hijas derechohabientes serán elegibles para recibir los beneficios de *atención en maternidad*.

Los beneficios para *gastos elegibles* por atención prenatal se determinarán según se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Se puede requerir un *copago* por la visita inicial al consultorio para *atención en maternidad*, pero no se requerirá para las visitas siguientes.

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

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

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

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

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

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

Se considerarán como *gastos de paciente internado* del hijo los cargos por atención preventiva para bebés en la enfermería, incluida la revisión inicial, durante la *hospitalización* de la madre para el parto y estarán sujetos a las estipulaciones de beneficios detalladas en la sección ***Gastos para pacientes internados***. Los beneficios también estarán sujetos a todo monto de *deducible* indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Nota: No se requiere un *copago* o *coseguro* de *admisión al hospital* distinto ni ningún *deducible* para el recién nacido en el momento del parto. Si al recién nacido se le da de alta y se readmite en un *hospital* más de cinco (5) días después de la fecha de nacimiento, se requerirá un *copago* o *coseguro* de *admisión al hospital* distinto, así como cualquier *deducible* para esa readmisión

Facturación global

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

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

Los siguientes servicios no están incluidos en la maternidad global:

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

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

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

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

Los PCP proporcionan cobertura a los *participantes* las 24 horas del día, los 365 días del año. Usted tiene que notificarle a su PCP dentro de las veinticuatro (24) horas o cuarenta y ocho (48) horas luego de haber recibido *atención médica de emergencia*, o lo antes posible sin que sea perjudicial desde el punto de vista médico o dañino para usted.

BCBSTX pagará por un examen médico de detección u otra evaluación que exija la ley de Texas o la ley federal y se proveerá en el departamento de emergencia de un centro *hospitalario* de emergencia, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencia similar que sea necesario para determinar si existe una afección médica de emergencia.

Puede obtener *atención médica de emergencia*, incluidos el tratamiento y la estabilización de una afección médica de urgencia que se originó en un centro *hospitalario* de emergencia o en un centro similar, de un proveedor *que forma parte o que no forma parte de la red* y la *atención médica de emergencia* estará cubierta, en función de las señales y los síntomas presentes en el momento del tratamiento según lo documentado por el personal de atención médica de cabecera si es que los servicios de *atención médica de emergencia* se recibieron dentro del *área de servicio* o *fuera de ella*.

Los servicios de *atención médica de emergencia* están sujetos al *copago* o *coseguro* y cualquier *deducible*, a menos que usted sea admitido como paciente internado directamente desde la sala de emergencias, en cuyo caso usted paga el monto para pacientes internados del *hospital*. Usted no es responsable de ningún monto fuera del *coseguro* o el *copago* ni de ningún *deducible* que se muestre en el **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Para obtener atención posterior a la estabilización que se originó en un centro de emergencia del *hospital* o un centro similar donde se le ha tratado y estabilizado, su *médico* o *proveedor* que lo atiende tiene que solicitar dicha atención comunicándose con BCBSTX. BCBSTX tiene que aprobar o rechazar la cobertura de la atención posterior a la estabilización solicitada dentro del plazo de tiempo que corresponda a las circunstancias relacionadas con la entrega del servicio y su condición, pero en ningún caso la aprobación o el rechazo puede exceder una hora desde que se recibió la llamada. Para los fines de este párrafo, un “centro similar” incluye lo siguiente:

- cualquier centro estático o móvil, incluidos, entre otros, Centros de Trauma de Nivel V y Clínicas Rurales que cuenten con personal y equipos con licencia o certificación o licencia y certificación a fin de proporcionar Soporte Vital Cardíaco Avanzado de acuerdo con los tratamientos de referencia de la American Heart Association y la American Trauma Society, y un centro de atención médica de emergencia independiente, ya que ese término se define en el Código de Seguros §843.002 (respecto de las Definiciones);
- para fines de *atención médica de emergencia* relacionada con enfermedades mentales, un centro de salud mental que puede proporcionar servicios residenciales y psiquiátricos de 24 horas, es decir:
 - a. un centro operado por el Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas
 - b. un hospital mental privado con licencia del Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas
 - c. un centro comunitario tal como se define en el Código de Salud y Seguridad de Texas §534.001 (respecto del Establecimiento)
 - d. un centro operado por un centro comunitario u otra entidad que designe el Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas para proporcionar servicios de salud mental
 - e. una parte identificable de un hospital general en el que se proporciona diagnóstico, tratamiento y cuidado para personas con enfermedades mentales que cuenta con licencia del Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas
 - f. un hospital operado por una agencia federal

Independientemente de otras estipulaciones que indiquen lo contrario en este *plan*, para la *atención médica de emergencia* brindada por *proveedores* que no forman parte de la *red* de *proveedores* participantes (*proveedores* no participantes) ni tienen contrato con BCBSTX, BCBSTX reembolsará totalmente a dichos *proveedores* según su tarifa habitual o una tarifa acordada que no podrá superar los cargos facturados.

Este monto se calcula excluyendo todo *copago* o *coseguro* y *deducible dentro de la red* impuestos respecto del *participante*.

Servicios fuera del área. Solo los servicios de atención médica de emergencia tal como se describe anteriormente están cubiertos. El tratamiento de seguimiento y continuidad por *lesión accidental* o atención médica de emergencia está limitado a la atención requerida antes de que usted pueda volver al *área de servicio* sin consecuencias nocivas o perjudiciales desde el punto de vista médico. Los servicios de atención médica de emergencia para servicios fuera del *área* están sujetos al *coseguro* o *copago* y a cualquier *deducible* según se describe en el **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para la atención médica inmediata

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

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

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

Nota: No se requiere ser *referido* de un PCP.

Beneficios para clínicas en locales comerciales

Los beneficios para *gastos elegibles* para *clínicas en locales comerciales* se determinarán según lo mostrado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Las clínicas en locales comerciales proporcionan diagnóstico y tratamiento para problemas médicos menores sin complicaciones que pueden controlarse sin una consulta con el médico de atención primaria, una consulta de *atención médica urgente* o una consulta de *atención médica inmediata*.

Beneficios para pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares

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

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

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

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

Equipo médico duradero

Usted tendrá que obtener los servicios y dispositivos a través de un *proveedor* participante de Equipos Médicos Duraderos (DME, en inglés), que podrían requerir *autorización previa* del *administrador de reclamaciones*. El *administrador de reclamaciones* determinará si el DME se alquila o adquiere, y conserva la opción de recuperar el DME cuando cancele o finalice su cobertura.

El DME está cubierto en el 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 cubierto, la reparación, el ajuste o la sustitución de los componentes y accesorios necesarios para un funcionamiento eficaz y la sustitución de todo el artículo de DME cubierto están cubiertos si se determina que el artículo de DME cubierto no funciona, no se puede reparar, es robado o destruido en un incendio o desastre natural.

Algunos ejemplos de DME son:

- Sillas de ruedas estándar
- Muletas
- Andadores ortopédicos

- Equipos de tracción ortopédicos
- Camas de hospital
- Oxígeno
- Cómodas
- Máquinas de succión, etc.

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

Suministros para ostomías

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

- Bolsas, placas frontales y cinturones
- Fundas de irrigación, bolsas y catéteres de irrigación de ostomía
- Barreras cutáneas
- Desodorantes, filtros, lubricantes, cinta, limpiadores de aparatos, adhesivo y removedor de adhesivo

Suministros médicos

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

- Catéteres urinarios
- Suministros para el cuidado de heridas o apósitos proporcionados por un *proveedor* durante el tratamiento para los servicios de atención médica cubiertos
- Medias de compresión de calidad médica cuando se considere de necesidad médica. Las medias deben ser recetadas por un *médico*, medidas individualmente y ajustadas al paciente.

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

Beneficios para servicios para la audición y el habla

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

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

Todos los pagos de beneficios que realice BCBSTX para audífonos se aplicarán al monto máximo del beneficio indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

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

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

Beneficios para ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo

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

Las terapias incluyen las siguientes:

- evaluaciones y servicios de terapia ocupacional
- evaluaciones y servicios de terapia física
- evaluaciones y servicios de terapia del habla

- evaluaciones nutricionales o alimenticias

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

Una vez que el niño alcance los tres años de edad, cuando finalicen los servicios bajo el *Plan de servicios personalizados para familias*, los *gastos elegibles*, que de otro modo estén cubiertos bajo el *plan*, estarán disponibles. Se aplicarán todas las estipulaciones contractuales de este *plan*, incluidos, entre otros, los términos definidos, las limitaciones y exclusiones y los máximos de beneficios.

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

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

La *cobertura de servicios personalizados para familias* significa un tratamiento inicial y actual desarrollado y publicado por el Consejo Interinstitucional de Intervención Temprana para Niños conforme al capítulo 73 del Código de Recursos Humanos para un niño *derechohabiente* con retrasos en el desarrollo.

Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro autista

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

- Un *profesional de la salud*:
 - a. que esté certificado, tenga licencia o registro emitido por una agencia pertinente del estado de Texas
 - b. cuya credencial profesional sea reconocida y aceptada por una agencia pertinente de los Estados Unidos
 - c. que esté certificado como profesional de la salud bajo el sistema de salud militar TRICARE
- una persona que actúe bajo la supervisión de un proveedor de atención médica descrito en el punto 1 anterior

Para los fines de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios como los siguientes:

- a. servicios de evaluaciones
- b. prueba de detección a los 18 y 24 meses
- c. análisis de salud mental
- d. entrenamiento conductual y manejo de la conducta
- e. terapia del habla
- f. terapia ocupacional
- g. terapia física
- h. medicamentos o suplementos nutricionales usados para abordar los síntomas del *trastorno del espectro autista*

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

Con la *autorización previa* se evaluará si los servicios cubren los requisitos de cobertura. Consulte la

sección [DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS](#) de este certificado de beneficios para obtener información más específica acerca de la *autorización previa*.

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

Beneficios para las pruebas de detección de discapacidad auditiva

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

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

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

Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

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

Nota: Los beneficios de *una cirugía plástica, cosmética o reconstructiva* están disponibles cuando el PCP receta o acuerda, y si se cumplen los requisitos de *autorización previa*.

Los servicios incluidos comprenden lo siguiente:

- tratamiento para la corrección de defectos debido a una *lesión accidental* que sufrió el *participante*;
- Tratamiento proporcionado para una cirugía reconstructiva después de una cirugía de cáncer.
- Cirugía realizada en un niño recién nacido para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito.
- cirugía que se realice a un hijo *derechohabiente* 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 de necesidad médica y de conformidad con las pautas 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 que se realice a un hijo *derechohabiente* asegurado debido a anomalías craneofaciales para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal a causa de defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumas, tumores, infecciones o enfermedad

Beneficios para servicios dentales

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

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

los tejidos de apoyo;

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

Cualquier otro servicio dental, excepto los que se consideren excluidos en la sección [LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS](#) de este certificado de beneficios, por el cual un *participante* incurre en *gastos de hospitalización* para una *admisión como paciente internado de necesidad médica*, será determinado según se describe en los **Beneficios para gastos de pacientes internados**.

Nota: Los beneficios para servicios dentales están disponibles cuando el PCP lo recete o acuerde y si se realizan en el consultorio de un *proveedor que forma parte de la red*, o en un entorno para pacientes hospitalizados o no hospitalizados.

Beneficios para trasplante de órgano y tejido

- Sujetos a las condiciones descritas a continuación, los beneficios para los servicios y suministros incluidos, provistos a un *participante* por parte de un *hospital*, *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 condiciones siguientes:
 - a. el procedimiento de trasplante no es de naturaleza *experimental/investigativa*;
 - b. se usen órganos o tejido humano donados o un aparato artificial aprobado por la FDA
 - c. el destinatario es un *participante* bajo su seguro de gastos médicos; y
 - d. el procedimiento de trasplante tenga la *autorización previa* que requiere su seguro de gastos médicos,
 - e. el *participante* cumple con todos los criterios que BCBSTX ha establecido en las pólizas médicas correspondientes por escrito;
 - f. el *participante* cumple todos los protocolos que establece el *hospital* en el que se realizó el trasplante.

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

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

Los beneficios estarán disponibles para los siguientes:

- a. un receptor que sea un asegurado conforme a este *plan*
 - b. un donante que sea un *participante* conforme a este *plan*
 - c. un donante que no sea un *participante* conforme a este *plan*
- Los servicios y suministros con cobertura incluyen los servicios y suministros provistos para lo siguiente:
 - a. la evaluación de órganos o tejidos que incluye, entre otros, la determinación de compatibilidad de tejidos
 - b. la búsqueda del donante y la prueba de compatibilidad de donantes vivos potenciales
 - c. la extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o fallecidos
 - d. el transporte y almacenamiento transitorio de los órganos o tejidos donados
 - No hay beneficios disponibles para un *participante* por los siguientes servicios o suministros:
 - a. gastos relacionados con el mantenimiento de la vida de un donante para propósitos de la donación de órganos o tejidos
 - b. gastos de manutención o transporte de un receptor o un donante vivo
 - c. compra del órgano o tejido
 - d. órganos o tejido (xenoinjerto) obtenido de otras especies
 - Se requiere *autorización previa* para todo trasplante de órgano o tejido. Consulte la sección

DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS de este certificado de beneficios para obtener información más específica acerca de la *autorización previa*.

- a. Se requiere dicha *autorización previa* incluso cuando el paciente ya es un paciente en un *hospital* o cuando ya dispone de otra *autorización previa*.
 - b. Al momento de la *autorización previa*, BCBSTX determinará la duración de la hospitalización. Si se solicita, la duración de la estancia puede extenderse si BCBSTX determina que la extensión es *médicamente necesaria*.
- No hay beneficios disponibles para ningún procedimiento de trasplante de órganos o tejidos (o los servicios realizados en preparación de o en combinación con dicho procedimiento) que BCBSTX considere que es *experimental o investigativo*.

Beneficios para el tratamiento de daño cerebral adquirido

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurre para el tratamiento *de necesidad médica* de un *daño cerebral adquirido* se determinarán según los mismos criterios que se usan para el tratamiento de cualquier otra afección física. Los *gastos elegibles* incluyen los siguientes *servicios* como resultado de un *daño cerebral adquirido* y relacionados con este:

- Terapia de comunicación cognitiva: servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, incluida la comprensión, la lectura, la escritura y la expresión verbal de información.
- Terapia de rehabilitación cognitiva: servicios diseñados para abordar actividades terapéuticas cognitivas, con base en una evaluación y comprensión de las deficiencias mentales y conductuales del paciente.
- Servicios de reintegración a la comunitaria: servicios que facilitan la continuidad de la atención médica durante la transición a la comunidad de una persona afectada, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes no hospitalizados u otros servicios de tratamiento de atención posaguda.
- análisis neuroconductual: es una evaluación de los antecedentes de dificultades neurológicas y 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, la 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 neuroretroalimentación: servicios que utilizan procedimientos de acondicionamiento operante basados en parámetros electroencefalográficos (EEG) y que están diseñados para mejorar el rendimiento mental y la conducta y estabilizar el estado de ánimo.
- Pruebas neuropsicológicas: evaluación de las funciones del sistema nervioso.
- Tratamiento neurofisiológico: intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso.
- Prueba neuropsicológica: administración de un conjunto integral de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, así como sus relaciones con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central.
- Tratamiento neuropsicológico: intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos cognitivos y del comportamiento.
- servicios de transición posaguda: servicios que facilitan la continuidad de la atención después de un traumatismo neurológico inicial mediante la rehabilitación y la integración en la comunidad, incluido el tratamiento diurno para pacientes no hospitalizados u otro tratamiento de atención posaguda. Esto incluirá cobertura por los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta en este *plan* que:
 - a. ha desarrollado daño cerebral adquirido,

- b. no ha respondido al tratamiento,
- c. ha empezado a responder al tratamiento con posterioridad.
- Pruebas psicofisiológicas: una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales y la conducta.
- Tratamiento psicofisiológico: intervenciones diseñadas para aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso a factores conductuales o emocionales.
- Reparación: procesos de reparación o mejora de una función específica.

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

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

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

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

Nota: Los beneficios para el tratamiento de *daño cerebral adquirido* están disponibles cuando el PCP o el especialista lo recetan y acuerdan, y si se cumplen todos los requisitos de *autorización previa*.

Beneficios para el tratamiento de la diabetes

Los beneficios están disponibles y se determinarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otra enfermedad, para los artículos de *necesidad médica* correspondientes a *Equipos para la diabetes* y *Suministros para la diabetes* (que cuentan con una orden por escrito por parte de un *médico* u *otro proveedor de la salud*) y los *Servicios de manejo de la diabetes o entrenamiento para el manejo personal de la diabetes*. Dichos artículos, cuando se obtengan para un *participante elegible*, deben incluir, entre otras cosas, 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:
 - (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 de prueba, lancetas, jeringas con insulina y monitores de glucosa en sangre) están cubiertos en el plan de medicamentos con receta.

- Pueden tener cobertura las reparaciones y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina que no dispongan de garantía del fabricante o acuerdo compraventa, cuotas de alquiler para bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina, que no superen el precio de adquisición de una bomba de reemplazo similar.
- A medida que estén disponibles tratamientos y equipos o suministros nuevos o mejorados y que los apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de Estados Unidos, estos equipos o suministros estarán cubiertos si el *médico* tratante u *otro profesional de la salud* que emita la orden por escrito para los equipos o suministros determina que son *médicamente necesarios*.
- Se cubrirán los *gastos médico-quirúrgicos* que se destinan al tratamiento nutricional, educativo y psicosocial del *participante elegible*. Los *Servicios de manejo de la diabetes* o *Capacitación para el manejo personal de la diabetes* que cuentan con una orden por escrito por parte de un *médico* u *otro proveedor 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; la familia se incluirá en varias sesiones de instrucción para el paciente

El *Entrenamiento para el manejo personal de la diabetes* para el *participante elegible* incluirá el desarrollo de un plan de manejo individualizado creado para y en colaboración con el *participante elegible* (y/o su familia) para entender la atención y el manejo de la diabetes, incluida la consejería 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 recibir cobertura conforme a este *plan* y que ha recibido un diagnóstico de lo siguiente:

- diabetes con dependencia o no de la insulina,
- niveles elevados de glucosa en sangre por el embarazo,
- otro problema médico relacionado con niveles elevados de glucosa en sangre.

Beneficios para servicios de medicina física

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

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

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

clínicos aprobados

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

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

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

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

Nota: Los beneficios de los costos de atención de rutina de pacientes para los *participantes* en estudios clínicos aprobados están disponibles cuando los proporciona o acuerda el PCP.

Beneficios para ciertas pruebas de detección de cáncer de próstata

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

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

Beneficios para servicios de atención médica preventiva

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

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

Los servicios enumerados a continuación pueden incluir requisitos en conformidad con los mandatos reglamentarios estatales y deben ser cubiertos sin costo alguno para el asegurado.

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

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

Los medicamentos (incluidos los de venta con receta y de venta libre) que se encuentran dentro de una categoría de las actuales recomendaciones “A” o “B” del USPSTF y que se enumeran en la Lista

de medicamentos de servicios de prevención de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés) (que se implementarán en las cantidades y dentro del período permitido por la ley aplicable) serán cubiertos y no estarán sujetos a ningún monto de *copago*, monto de *coseguro*, *deducible* o máximos en dólares si se obtiene de una farmacia *dentro de la red*. Los medicamentos de la Lista de medicamentos de servicios de prevención cubiertos adquiridos a través de una farmacia *que no forma parte de la red* pueden estar sujetos a un monto de *copago*, monto de *coseguro*, *deducibles* o máximos en dólares, si corresponde.

Algunos ejemplos de servicios incluidos son:

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

Los siguientes son ejemplos de vacunas incluidas:

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

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

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

- procedimientos de esterilización femenina
- servicios anticonceptivos para pacientes no hospitalizadas
- anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA con una receta médica por escrito de un profesional de la salud
- métodos anticonceptivos especificados y aprobados por la FDA con una receta médica emitida por un proveedor de atención médica que se proporciona en esta sección de las siguientes categorías:
 - a. anticonceptivos solo con progestina
 - b. anticonceptivos combinados
 - c. anticonceptivos de emergencia
 - d. anticonceptivos orales continuos/de ciclo extendido
 - e. capuchones cervicales
 - f. diafragmas
 - g. anticonceptivos implantables
 - h. dispositivos intrauterinos
 - i. Inyecciones

- j. anticonceptivos transdérmicos
- k. dispositivos anticonceptivos vaginales
- l. espermicida
- m. preservativos femeninos

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

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

Los servicios de atención médica preventiva proporcionados por un *proveedor que forma parte de la red* descritos arriba en los puntos “a” a “d” o los Servicios de salud preventiva para mujeres, lista de información sobre métodos anticonceptivos, no estarán sujetos a *coseguros*, *deducibles*, *copagos* o montos máximos en dólares.

Los servicios incluidos que no se mencionaron en los puntos a. “a” a “d” o los Servicios de salud preventiva para mujeres, lista de información sobre métodos anticonceptivos, estarán sujetos a los *coseguros*, *copagos*, *deducibles* o montos máximos en dólares correspondientes.

Beneficios para apoyo, servicios y suministros para la lactancia

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

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

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

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

Beneficios para mamografía de detección

Los beneficios están disponibles para un examen de detección por mamografía de baja dosis para ver si hay presencia de cáncer de mama oculto para *participantes* de 35 años o mayores, 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 un examen de detección por mamografía de rutina por *año calendario*. La cobertura para el examen de detección por mamografía para las *participantes* menores de 35 años se basará en la necesidad médica. La mamografía de baja dosis incluye mamografía digital o tomosíntesis de mama.

Beneficios para la detección y la prevención de la osteoporosis

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

Persona elegible significa lo siguiente:

- una mujer posmenopáusica que no está recibiendo terapia de remplazo de estrógeno
- una persona con:
 - a. anomalías en la columna vertebral
 - b. hiperparatiroidismo primario

- c. historial de fracturas óseas
- una persona que:
 - a. está recibiendo tratamiento con glucocorticoides a largo plazo
 - b. está siendo monitoreada para evaluar su respuesta a una terapia de medicamentos aprobada contra la osteoporosis o la efectividad de esa terapia

Beneficios para las pruebas de detección de cáncer colorrectal

Se ofrecen beneficios para una prueba de diagnóstico reconocida por un médico para la detección de cáncer colorrectal para los *participantes* de 45 años o más que tengan un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, e incluyen:

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

Se proveerán beneficios para los Servicios *médicos*, según se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** en 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 y cáncer cervical para cada mujer de 18 años o más inscrita en el seguro de gastos médicos para una prueba de diagnóstico reconocida médicamente para la detección temprana de cáncer cervical una vez al año, según se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

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

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

Primero tiene que obtener un *referido* de su PCP para servicios de seguimiento relacionados con el tratamiento de una enfermedad o afección que quede fuera del alcance de un obstetra o ginecólogo. Para obtener ayuda con la selección de un obstetra/ginecólogo, consulte el directorio de *proveedores*, comuníquese con su PCP o llame a su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999.

Beneficios para vacunas durante la niñez

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

Los beneficios están disponibles para las siguientes vacunas:

- Difteria
- Haemophilus influenzae tipo b
- Hepatitis B
- Sarampión
- Paperas
- Tos ferina
- Poliomiéлитis
- Rubeola
- Tétanos

- varicela y cualquier otra vacuna que exija la ley para un niño

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

Beneficios para la obesidad mórbida

Los beneficios de *gastos elegibles* en los que incurra un *participante* para el tratamiento de necesidad médica de la *obesidad mórbida* se proporcionarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otra enfermedad. Los beneficios están disponibles para consejería sobre una dieta sana y detección/consejería para la obesidad según se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para otros servicios de rutina

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

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

Servicios de salud conductual

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

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que se incurre para *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 TRATAMIENTOS** para determinar qué servicios requieren *autorización previa*.

Todo *gasto elegible* incurrido para los servicios de un *centro de tratamiento psiquiátrico diurno*, un *centro o unidad de estabilización de crisis*, un *centro residencial de tratamientos* o un *centro residencial de tratamientos para niños y adolescentes* para la *atención médica de salud mental de necesidad médica* o el tratamiento de una *enfermedad mental grave* en lugar de servicios para pacientes internados serán considerados, a los fines de este beneficio, *gastos para pacientes internados*.

El tratamiento del *trastorno por consumo de sustancias* para pacientes internados tiene que ser proporcionado en un *hospital* o *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*. Los beneficios para el manejo médico de intoxicación aguda potencialmente mortal (toxicidad) en un *hospital* estarán disponibles de la misma manera que para una enfermedad en general, como se detalla en la sección **Gastos para pacientes internados**.

Los *servicios de salud mental* que se brindan como parte del tratamiento de necesidad médica para el *trastorno por consumo de sustancias* se considerarán, para los fines de beneficios, como un tratamiento del *trastorno por consumo de sustancias* hasta que finalicen los tratamientos del *trastorno por consumo de sustancias*. (El tratamiento de *servicios de salud mental*, una vez que finalicen los *tratamientos del trastorno por consumo de sustancias*, se considerará como *servicio de salud mental*).

Programa de atención médica especializada de Blue Distinction® y Blue Distinction

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

Blue Distinction Centers

La designación de Blue Distinction utiliza criterios coherentes a nivel nacional para designar

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

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

- atención cardíaca,
- inmunoterapia celular (células CAR-T),
- cuidado de la fertilidad*,
- tratamiento y recuperación del trastorno por consumo de sustancias,
- terapia génica,
- cirugía de columna,
- cirugía bariátrica,
- cirugía de reemplazo de rodilla y cadera,
- atención en maternidad,
- trasplantes.

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

Diferencia de beneficios de BDC y BDC+

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

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

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

Para obtener información adicional sobre los Blue Distinction Centers for specialty care (atención especializada), comuníquese con su Guía de Salud Personal al número de teléfono que se indica en este certificado de beneficios o que aparece en su tarjeta de asegurado, o visite el siguiente sitio web: www.bcbs.com/why-bcbs/blue-distinction.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES MÉDICAS

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

- servicios o suministros que no sean de *necesidad médica* ni esenciales para el diagnóstico o la atención y tratamiento directos de una enfermedad, lesión, afección, condición o disfunción corporal;
- servicios y suministros *experimentales/investigativos*
- Ninguna parte del cargo por un servicio o suministro que supere el *monto permitido* según lo determine BCBSTX.
- Servicios o suministros provistos en relación con una enfermedad ocupacional o lesión sufrida en el ámbito y durante cualquier empleo, ya sea que se suministren los beneficios, o se puedan suministrar con la reclamación correspondiente, conforme a la ley de Indemnización Laboral.
- servicios o suministros para los cuales los beneficios se suministren, o puedan suministrarse con la reclamación correspondiente, conforme a las 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 y/o *gastos médico-quirúrgicos* como parte de una póliza de seguro automotor contra accidentes o junto con esta;
- Servicios o suministros que no requieran que el *participante* efectúe un pago o que no impongan una obligación legal de que el *participante* pague en ausencia de esta o de cualquier cobertura similar, salvo en el caso de los servicios o suministros para el tratamiento de una enfermedad mental o discapacidad intelectual proporcionado por una institución pública del estado de Texas.
- servicios o suministros proporcionados por una persona que guarde relación sanguínea o de matrimonio con el *participante*;
- Servicios o suministros proporcionados para lesiones sufridas de la siguiente manera:
 - a. como resultado de guerra, declarada o no, o de cualquier acto de guerra,
 - b. en servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
- Los cargos:
 - a. por no asistir a una consulta programada con un *médico* u *otro proveedor profesional*,
 - b. por completar formularios de seguro,
 - c. por obtener expedientes médicos.
- los cargos por alojamiento y comida en los que se incurra durante una *admisión en el hospital* para los procedimientos de diagnóstico o de evaluación, a menos que no fuera posible realizar las pruebas como paciente no hospitalizado sin afectar negativamente la condición física del *participante* o la calidad de la atención médica proporcionada;
- servicios o suministros proporcionados antes de que el paciente recibiera la cobertura como *participante* en virtud del presente documento, o cualquier servicio o suministro proporcionado tras la finalización de la cobertura del *participante*;
- Servicios o suministros proporcionados para los *servicios de nutrición*, excepto lo que pueda estar estipulado conforme a su seguro de gastos médicos para los siguiente:
 - a. ***Servicios de atención médica preventiva*** según se indica 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 los **Gastos de estipulaciones especiales**
 - d. **Beneficios para el tratamiento de la diabetes** según se describe en los **Gastos de estipulaciones especiales**
 - e. **Beneficios para ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo** según se describe en los **Gastos de estipulaciones especiales**
- Servicios o suministros proporcionados para el *cuidado personal no médico*.
 - Servicios o suministros no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o terapia física) o que no sean de diagnóstico (aparatos bucales, férulas dentales, ortótica bucal, dispositivos o prótesis) que se brindan para el tratamiento de la articulación temporomandibular (incluida la mandíbula y la articulación craneomandibular) y todos los músculos adyacentes o relacionados.
 - cualquier artículo de los *gastos médico-quirúrgicos* incurridos por tratamientos y atención dental, cirugía bucal o aparatos dentales, salvo si se establece en la estipulación de los **Beneficios por servicios dentales** de la sección de **Gastos de estipulaciones especiales** del presente certificado de beneficios
 - cualquier servicio o suministro proporcionado para *cirugía plástica, cosmética o reconstructiva*, salvo lo dispuesto en la estipulación de **Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva** de la sección de **Gastos de estipulaciones especiales** del presente certificado de beneficios
 - Servicios o suministros proporcionados para lo siguiente:
 - a. tratamiento de la miopía y otros errores de refracción, incluida la cirugía refractiva,
 - b. entrenamiento de la vista u ortóptico,
 - c. anteojos o lentes de contacto, excepto lentes intraoculares cuando son *médicamente necesarios*,
 - d. exámenes para la prescripción o el ajuste de anteojos o contacto lentes,
 - e. restablecimiento de la función del habla o de la audición o corrección de alteraciones en el habla y en la audición, a excepción de lo que pueda estar dispuesto en las estipulaciones de **Beneficios para servicios para la audición y el habla** y de **Beneficios para el trastorno del espectro autista** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente certificado de beneficios.
 - Servicios de terapia ocupacional que no consistan en las modalidades tradicionales de terapia física y que no formen parte de un programa activo de rehabilitación física multidisciplinar diseñado para recuperar las funciones corporales perdidas o deterioradas, a excepción de lo que pueda estar dispuesto en las estipulaciones de **Beneficios para servicios de medicina física** y de **Beneficios para el trastorno del espectro autista** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** de este certificado de beneficios.
 - Servicios de viaje o ambulancia porque es más conveniente para el paciente que otros medios de transporte, independientemente de si los ha recomendado o no un *médico* u *otro proveedor profesional*.
 - Servicios o suministros proporcionados principalmente para lo siguiente:
 - a. sensibilidad medioambiental;
 - b. ecología clínica o cualquier tratamiento similar no reconocido como seguro y efectivo por la Academia Estadounidense de Alergólogos e Inmunólogos (American Academy of Allergists and Immunologists);
 - c. pruebas o tratamiento de alergia para pacientes hospitalizados.

- Servicios o suministros proporcionados como, o en combinación con, terapia de quelación, excepto para el tratamiento de envenenamiento agudo por metales.
- Servicios o suministros proporcionados para, como preparación para o en combinación con lo siguiente:
 - a. reversión de esterilización (masculina o femenina),
 - b. cirugía de reasignación de género,
 - c. disfunciones sexuales,
 - d. fertilización in vitro,
 - e. promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extracoitales, incluidas, entre otras, lo siguiente:
 - (1) inseminación artificial
 - (2) inseminación intrauterina
 - (3) mejora de la capacitación uterina mediante superovulación
 - (4) inseminación intraperitoneal directa
 - (5) inseminación tubárica transuterina
 - (6) transferencia intratubárica de gametos
 - (7) transferencia de ovocitos en etapa pronuclear
 - (8) transferencia intratubárica de cigotos
 - (9) transferencia tubárica de embriones
- Servicios o suministros relacionados con el cuidado de rutina de los pies, incluida la extracción de verrugas, durezas o callos o el recorte de uñas del pie, en ausencia de una enfermedad sistémica grave.
- Servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies para pies planos, arcos caídos y esguinces crónicos.
- Todo enjuague bucal antiséptico o con fluoruro, colutorio, solución o preparación tópica oral recetados.
- A excepción de los medicamentos con receta y de venta libre para dejar de consumir tabaco y el asesoramiento para dejar de consumir tabaco con cobertura en este *plan*, los suministros para los programas para dejar de fumar y el tratamiento de adicción a la nicotina están excluidos.
- Servicios o suministros relacionados con tratamientos alternativos, tales como los siguientes:
 - a. digitopuntura
 - b. hipnotismo
 - c. terapia de masajes
 - d. aromaterapia
- Servicios o suministros proporcionados para las siguientes modalidades de tratamiento:
 - a. tracción intersegmental
 - b. electromiografías (EMG) de superficie
 - c. manipulación de la columna bajo anestesia
 - d. prueba muscular mediante máquinas de kinesiología computarizadas como, por ejemplo, Isostation, Digital Myograph y Dynatron
- Artículos que incluyen, entre otros:
 - a. un aparato de ortodoncia u otro aparato dental
 - b. férulas o vendajes provistos por un *médico* en un entorno que no sea de hospital o comprados “sin receta” para el apoyo de esguinces y torceduras;
 - c. zapatos ortopédicos que sean una pieza separable de un aparato de soporte con cobertura; zapatos ordenados especialmente, personalizados o con elevación
 - d. zapatos para yeso
 - e. plantillas diseñadas para dar soporte al arco o producir cambios en el pie o en su alineación

- f. soportes para el arco
- g. medias elásticas
- h. portaligas

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

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

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

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

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

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

- Beneficios que superen los límites máximos de dólares, de consultas/días y del *año del plan* especificados.
- Servicios y suministros que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos si el *participante* viajó a dicho destino con el objeto de recibir servicios médicos, suministros médicos o medicamentos.
- *Dispositivos protésicos* de repuesto cuando se necesitan debido a una pérdida o uso indebido por parte del *participante*.
- cualquier medicamento con receta o sin receta para pacientes no hospitalizados (excepto los medicamentos anticonceptivos) con una receta médica escrita de un *proveedor de atención médica* proporcionado en la parte de **SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS** de este *plan*, como se muestra en [Beneficios para servicios de atención médica preventiva](#))
- Medicamentos o dispositivos anticonceptivos no recetados de uso masculino.
- Medicamentos autoadministrados surtidos o administrados por un *médico* en su consultorio.
- Medicamentos adquiridos para su uso fuera de un *hospital* que requieren una receta médica por

escrito para la compra excepto medicamentos inyectables no aprobados por la FDA para la autoadministración que son administrados por o bajo la supervisión directa de un *médico* u *otro proveedor profesional*.

- Servicios o suministros no quirúrgico proporcionados para reducir la obesidad o el peso, incluso si el *participante* tiene otros problemas de salud que podrían verse favorecidos por una reducción de la obesidad o del peso.
- biorretroalimentación (salvo para el diagnóstico de *daño cerebral adquirido*) u otros servicios de modificación del comportamiento
- Servicios relacionados con un servicio sin cobertura.

Los servicios relacionados son los siguientes:

- a. servicios en preparación para el servicio sin cobertura
 - b. servicios en conexión con la prestación del servicio no cubierto
 - c. hospitalización requerida para brindar el servicio no cubierto
 - d. servicios que normalmente son provistos después del servicio sin cobertura, tales como atención de seguimiento o terapia después de una cirugía
- servicios o suministros proporcionados por más de un *proveedor* en el/los mismo(s) día(s), en la medida en que los beneficios hayan sido duplicados
 - Servicios de salud conductual que se proporcionen en los siguientes lugares:
 - a. centros de modificación del comportamiento
 - b. campamentos de entrenamiento (boot camps)
 - c. academias grupales para tratar el aspecto emocional
 - d. escuelas militares
 - e. escuelas de internado terapéutico
 - f. programas educativos y terapéuticos de salida al campo
 - g. centros de reinserción social y residencias en grupos, excepto por los servicios incluidos proporcionados por los *proveedores* correspondientes, tal como se describe en este certificado de beneficios;
 - Los siguientes servicios de análisis de salud mental (ABA, en inglés):
 - a. servicios con un diagnóstico primario que no es el *Trastorno del espectro autista*
 - b. servicios facilitados por un *proveedor* que no está debidamente acreditado (consulte la definición de [proveedor ABA elegible](#) en la sección de **DEFINICIONES** de este certificado de beneficios);
 - c. actividades principalmente de naturaleza educativa
 - d. servicios de relevo, presencia o compañía
 - e. cualquier otro servicio que no sea proporcionado por un *proveedor* con licencia de manera adecuada de acuerdo con los estándares de tratamiento aceptados a nivel nacional;
 - Registros médicos especiales que no están directamente relacionados con el tratamiento.
 - Exámenes, pruebas, vacunas u otros servicios requeridos por:
 - a. empleadores
 - b. aseguradoras
 - c. escuelas
 - d. campamentos
 - e. tribunales
 - f. autoridades con licencia
 - g. otros terceros
 - h. para viajes personales

- Beneficios para los que usted es elegible mediante programas de ayuda social del gobierno federal, estatal o local, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o sus sucesores.
- Atención para padecimientos que la ley federal, estatal o local requiere que sean tratados en un centro público.
- Comparecencias en audiencias judiciales y otros procedimientos judiciales, y cualquier servicio relacionado con procedimientos judiciales y administrativos o realizado en el marco de una investigación médica.
- Servicios, suministros o medicamentos que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos, excepto para la *atención médica de emergencia*.
- Servicios de transportación, excepto según lo que se describe en *servicios de ambulancia*, o cuando son aprobados por BCBSTX.
- Artículos personales o para comodidad, incluidos, entre otros, televisores, teléfonos, camas para invitados, kits para admisión, kits de maternidad y kits para recién nacidos provistos por un *hospital* u otro centro de atención médica para pacientes internados.
- habitaciones privadas salvo que sean de *necesidad médica* 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.
- Servicios de salud mental para pacientes internados que los proporciona:
 - a. un *proveedor que no forma parte de la red* o un *centro de tratamiento de salud mental que no forma parte de la red*, una *unidad de estabilización de crisis* o un *centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes*, aunque los *proveedores que forman parte de la red* pueden referir a los *participantes* a *proveedores fuera de la red* para los servicios incluidos que no están disponibles de los *proveedores que forman parte de la red*, como se describe en [CÓMO FUNCIONA EL PLAN](#)
 - b. en el caso de las siguientes enfermedades diagnosticadas:
 - (1) enfermedad de Alzheimer
 - (2) trastornos de personalidad intratable
 - (3) retraso mental
 - (4) pruebas educativas o cualquier otra prueba que requiera el sistema escolar
 - (5) tratamiento psiquiátrico por orden judicial o como condición de libertad condicional o período de libertad vigilada
 - (6) síndrome cerebral orgánico crónico
- Equipos de lujo como los siguientes:
 - a. sillas de ruedas y camas motorizadas (a menos que se determine que son *médicamente necesarias*)
 - b. artículos de comodidad
 - c. soportes para cama
 - d. elevadores para la bañera
 - e. mesas para cama
 - f. purificadores de aire
 - g. baños sauna
 - h. equipos de ejercicio
 - i. estetoscopios y esfigmomanómetros
 - j. artículos *experimentales* o de investigación
 - k. reemplazo, reparaciones o mantenimiento del equipo médico duradero (DME)

- Reparación de aparatos auditivos y pilas.
- Terapia para matrimonios y familias.
- Servicios o suministros que no se definan específicamente como *gastos elegibles* en este *plan*.
- Abortos voluntarios: la cobertura se limita a los abortos realizados debido a una complicación médica grave que pondría en peligro la salud o la vida de la madre si el embarazo llegara a término.
- cualquier DME en el que no se conozcan los cargos por alquiler o el precio de compra

DEFINICIONES

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

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

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

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

Monto permitido significa el monto máximo que según BCBSTX es elegible para consideración de pago para un servicio, suministro o procedimiento específico prestado por un *proveedor que forma parte de la red*. El *monto permitido* se basa en las estipulaciones del contrato con el *proveedor que forma parte de la red* y la metodología de pago vigente en la fecha de prestación del servicio, ya sea grupos relacionados con el diagnóstico (DRG, en inglés), capitación, valor relativo, cronograma de honorarios, viáticos u otros.

Período de inscripción anual se refiere al período designado por *el grupo* que precede a la siguiente *fecha de aniversario del plan* durante el cual los *participantes* pueden inscribirse 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 conductual significa un *médico* u *otro proveedor profesional* que brinda servicios de *atención de la salud mental, enfermedad mental grave o trastorno por consumo de sustancias*, únicamente según se indica en el presente certificado de beneficios.

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 a las necesidades de atención médica del asegurado a lo largo de la atención médica.

Tarifa del coordinador de servicios médicos significa un monto fijo pagado por un Plan Blue Cross o Blue Shield a los proveedores de manera periódica para la coordinación de los 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 (IRM).
- mielografía
- Tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)

Servicios quiroprácticos significa cualquiera de los siguientes servicios, suministros o tratamientos provistos por o realizados bajo la dirección de un Doctor en quiropráctica que actúa dentro del alcance de su licencia: servicios generales de consultorio, servicios generales provistos en un centro para pacientes no hospitalizados, radiografías 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 otorgada por el empleador para interpretar las estipulaciones del plan y las determinaciones de los beneficios.

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

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

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

Complicaciones en el embarazo significa lo siguiente:

- Condiciones médicas (cuando el embarazo no es terminado) cuyos diagnósticos difieren del de un embarazo, pero que el embarazo afecta de manera adversa o son condiciones causadas por el embarazo, tales como:
 - a. nefritis aguda
 - b. nefrosis
 - c. descompensación cardíaca
 - d. aborto retenido
 - e. condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero *no deberán incluir*:
 - (1) parto falso
 - (2) sangrado ocasional
 - (3) descanso durante la gestación recetado por el *médico*
 - (4) náuseas matutinas
 - (5) hiperémesis gravídica
 - (6) preeclampsia

(7) problemas similares asociados con el control de un embarazo dificultoso que no constituyen una complicación del embarazo distintiva en términos nosológicos

- cesárea no electiva
- interrupción de un embarazo ectópico
- interrupción espontánea del embarazo, que tenga lugar durante un período de la gestación en el cual un nacimiento viable no es posible.

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

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

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

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

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva es la cirugía que:

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

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

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

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

Cuidado personal no médico son los servicios que se brindan principalmente para la comodidad o conveniencia personal, que proporcionan una atención general de mantenimiento, preventiva o de protección, pero sin una probabilidad clínica de mejora de la enfermedad. Los servicios de cuidado personal no médico también son aquellos servicios que no requieren de habilidades técnicas, capacitación profesional ni capacidad de evaluación clínica de personal médico o de enfermería para que el servicio se realice en forma segura y eficiente.

Estos servicios pueden ser prestados de forma segura por personal no profesional capacitado o capaz, y consisten en ayudar a satisfacer las necesidades médicas de rutina (como atención simple y cambio de vendas, administración de medicamentos de rutina, etc.) y asistir en las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, comer, vestirse, etc.).

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

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

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

Hijo significa:

- a. su hijo natural;
- b. su hijo adoptivo legalmente, incluido un hijo del cual el *participante* sea una de las partes en un juicio por la adopción de ese hijo;
- c. su hijastro;
- d. un menor bajo custodia provisional (foster child);
- e. un hijo de su hijo que es su derechohabiente, a los fines de los impuestos federales sobre los ingresos, en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura para el hijo de su hijo;
- f. un niño que no esté incluido en la lista anterior:
 - (1) cuya residencia principal sea el hogar de usted;
 - (2) del que usted sea tutor legal o pariente consanguíneo o por matrimonio;
 - (3) que dependa de usted para más de la mitad de su manutención tal como lo define el Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BCBSTX, para su seguro de gastos médicos, determinará si un tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro es *experimental/investigativo*, y considerará factores tales como las pautas y prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y la aprobación por parte de una agencia federal al momento de tomar la determinación. BCBSTX puede tomar determinaciones sobre la base de datos clínicos que respalden que el procedimiento o artículo médico mejora los resultados de salud netos en función de los estudios científicos revisados por colegas.

Aunque un *médico* u *otro proveedor profesional* pueda haber recetado un tratamiento, y los servicios o suministros se puedan haber suministrado como tratamiento de último recurso, aun así BCBSTX puede determinar que tales servicios o suministros son *experimentales/investigativos* dentro de esta

definición. El tratamiento suministrado como parte de un ensayo clínico o estudio de investigación clínica es *experimental/investigativo*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- tienen licencia de acuerdo con las leyes estatales (cuando las leyes estatales proporcionen esas licencias)
- estén certificados por Medicare como proveedores de *atención médica en centro paliativo*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gastos para pacientes internados significa el *monto permitido* por los artículos de servicio o suministros de *necesidad médica* que se enumeran a continuación para la atención a un *participante*, siempre que dichos artículos:

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

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

- si el *participante* se aloja en una habitación privada, el monto de los cargos de habitación que superen el gasto medio de una habitación semiprivada del *hospital* no se considera un *gasto elegible*;
- todos los demás servicios habituales en *hospitales*, incluidos los fármacos y medicamentos que sean *de necesidad médica* y coherentes con la afección 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 de necesidad médica* en un *centro de tratamiento psiquiátrico diurno, un centro o una unidad de estabilización de crisis, un centro residencial de tratamientos o un centro residencial de tratamientos para niños y adolescentes*, en lugar de la hospitalización, se considerará un *gasto para pacientes internados*.

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

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

Enfermedad o padecimiento que pone en riesgo la vida significa para los fines de un ensayo clínico, cualquier enfermedad que pueda causar la muerte, a menos que se interrumpa su curso.

Red de proveedores restringida es una subred dentro de una red de entrega en la que existe una relación contractual entre *médicos*, ciertos *proveedores*, asociaciones independientes de *médicos* y/o grupos de *médicos* que limitan Su acceso solo a los *médicos* y *proveedores* de la subred.

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

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

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

Gastos médico-quirúrgicos significa el *monto permitido* por los cargos incurridos por los artículos de servicio y 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 conductual* u *otro proveedor*;
- no se incluyan como *gasto para pacientes internados* o gasto de atención médica a largo plazo en su seguro de gastos médicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno, o problema mental enumerado en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en su versión revisada, o cualquier otro sistema de codificación diagnóstica que utilice BCBSTX, independientemente de si la causa de la enfermedad, trastorno o problema es de naturaleza física, química o mental;
- el diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, problema, enfermedad o trastorno por parte de un *médico profesional de salud conductual* u *otro proveedor profesional* (o cualquier persona que trabaje bajo la dirección y supervisión de un *médico, proveedor de salud conductual* u *otro proveedor profesional*) cuando el *gasto elegible* se deba a:
 - 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. visitas al *hospital* (si corresponde) o consultas en un centro incluido en la subsección 5, a continuación
- tratamiento electroconvulsivo,
- medicamentos psicotrópicos,
- cualquiera de los servicios indicados en los puntos 1 a 4 anteriores, que se lleven a cabo en o por un *hospital*, un *centro especial de atención médica*, u otro centro o unidad autorizada que proporcione dicha atención médica.

Obesidad mórbida significa un índice de masa corporal (BMI, en inglés) mayor o igual a 40 kg/metros² o un BMI mayor o igual a 35 kg/metros² con, al menos, dos de las siguientes condiciones con comorbilidad que no han respondido a un control médico máximo y que, generalmente, se espera que se reviertan o mejoren con un tratamiento bariátrico:

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

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

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

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

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

- **Otro centro de atención médica:** una institución o entidad de las que aparecen a continuación:
 - a. *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*
 - b. *centro o unidad de estabilización de crisis*
 - c. *proveedor de equipo médico duradero*
 - d. *agencia de atención médica a domicilio*
 - e. *proveedor de terapia de infusión en el hogar*
 - f. *centro para pacientes terminales*
 - g. *centro de diagnóstico por imágenes*
 - h. *laboratorio independiente*
 - i. *proveedor de prótesis/ortótica*
 - j. *centro de tratamiento psiquiátrico diurno*
 - k. *centro de diálisis renal*
 - l. *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes*
 - m. *centro de enfermería especializada*
 - n. *centro terapéutico*
- **Otro proveedor profesional:** una persona o *proveedor* que actúe según el alcance de su licencia y que disponga de una certificación adecuada, de las que aparecen a continuación:
 - a. *Enfermero de práctica avanzada (APN)*
 - b. *curandero de la ciencia cristiana*
 - c. *Doctor en quiropráctica*
 - d. *Doctor en odontología*
 - e. *Doctor en optometría*
 - f. *Doctor en podiatría*
 - g. *Doctor en psicología*
 - h. *Acupunturista con licencia*
 - i. *Audiólogo con licencia*
 - j. *Consejero con licencia del trastorno por consumo de sustancias*
 - k. *Dietista certificado*
 - l. *Profesional con licencia en el ajuste y dispensación de instrumentos de audición*
 - m. *Terapeuta profesional para parejas y familias*
 - n. *Trabajador social clínico profesional*
 - o. *Terapeuta ocupacional con licencia*
 - p. *Fisioterapeuta con licencia*
 - q. *Consejero profesional*
 - r. *Patólogo con licencia en terapia del habla*
 - s. *Asistente quirúrgico certificado*
 - t. *Partera*
 - u. *Primer asistente de enfermería*
 - v. *Asistente médico*
 - w. *Psicólogos asociados (Psychological Associates) que trabajan bajo supervisión de un Doctor en psicología*

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

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

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

Proveedores que no forman parte de la red son los *hospitales, médicos, proveedores de salud conductual* u *otros proveedores* que no hayan firmado un acuerdo con BCBSTX (u otro Plan Blue Cross y/o Blue Shield participante) como *proveedores* de atención médica administrada.

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

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

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

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

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

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

Plan significa un seguro de gastos médicos grupal de autoseguro establecido para el beneficio de sus *participantes* si el plan está sujeto a las normas y regulaciones de la Ley para la Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés) o, para los planes del gobierno y/o de las iglesias, en donde el cumplimiento es voluntario.

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

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

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

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

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

Año del plan significa el período para TRS-ActiveCare que comienza el 1 de septiembre y termina el 31 de diciembre 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 pautas de *necesidad médica*. También se puede denominar revisión retrospectiva o solicitud de reclamaciones posteriores al servicio.

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

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

Profesional médico principal (PCP) significa un *médico que forma parte de la red*, un Asistente médico (PA, en inglés) o un Enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés), que es principalmente responsable de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. Usted y cada uno de sus *derechohabientes* tienen que seleccionar un PCP de los que se encuentran en la lista preparada por BCBSTX que proporcionan servicios de atención médica básica. Usted puede elegir un PCP que sea médico de familia, residente, pediatra u obstetra/ginecólogo. El asistente médico o enfermero de práctica avanzada tienen que trabajar bajo la supervisión de un médico de familia, especialista en medicina interna, pediatra y/u obstetra/ginecólogo *que forme parte de la misma red*.

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

La prueba de pérdida significa la evidencia escrita de una reclamación que incluya:

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

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

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

Proveedor significa un *hospital, médico, proveedor de salud conductual, otro proveedor* o cualquier otra persona, empresa o institución que preste a un *participante* un servicio o suministro cubierto como *gasto elegible*.

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

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

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

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

- un *profesional de la salud*, profesional clínico con licencia independiente, que esté licenciado, certificado o registrado por una agencia apropiada en el estado en el que se prestan los servicios;
- un *proveedor* de atención médica cuyas certificaciones profesionales sean reconocidas y aceptadas por una agencia pertinente de los Estados Unidos (es decir, un analista avalado en salud mental y problemas de conducta [BCBA, en inglés], o un analista con doctorado y avalado en salud mental y problemas de conducta [BCBS-D, en inglés]);
- un *proveedor* de atención médica que esté certificado como proveedor bajo el sistema de salud militar TRICARE.

Para el paraprofesional o terapeuta de salud mental:

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

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

Referido significa instrucciones u órdenes específicas de su PCP que están en conformidad con las políticas y los procedimientos de BCBSTX, y que lo refieran a usted a un *proveedor que forma parte de la red* para recibir atención *de necesidad médica*.

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

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

Centro residencial de tratamientos significa un centro (incluidos los *centros residenciales de tratamientos para niños y adolescentes*) que ofrece un curso definido de intervención terapéutica y una programación especial en un entorno controlado, junto con un nivel de seguridad, supervisión y estructura, y que cuenta con una licencia otorgada por la autoridad estatal y local pertinente para prestar dichos servicios. No incluye centros de reinserción social, programas educativos y terapéuticos de salida al campo, vida supervisada, residencias de grupos, pensiones u otros centros que ofrezcan

principalmente un entorno de apoyo y que aborden necesidades sociales a largo plazo, aun si se ofrece el servicio de asesoramiento en dichos centros. Los pacientes cuentan con monitoreo médico, así como disponibilidad médica las 24 horas y servicio de enfermería en el sitio las 24 horas para la *atención de salud mental* o el tratamiento del *trastorno por consumo de sustancias*. BCBSTX exige que cualquier centro que proporcione *atención de salud mental y/o tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* tenga licencia en el estado donde se encuentre, o acreditación de una organización nacional reconocida por BCBSTX según lo indica su política de credenciales vigente, y de otro modo, que cumpla con todos los otros requisitos de credenciales indicados en esa política.

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

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

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

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

Área de servicio significa el área geográfica atendida por BCBSTX y aprobada por las autoridades regulatorias estatales. El *área de servicio* incluye la red a nivel estatal que abarca a los 254 condados.

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

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

Proveedor de atención médica especializada significa un *médico* u *otro proveedor profesional* que ha firmado un acuerdo con BCBSTX (y en algunos casos con otros planes Blue Cross y/o Blue Shield participantes) para participar como un *proveedor* de administración de atención de servicios especializados, a excepción de un médico de cabecera, un obstetra o ginecólogo, un pediatra, un *proveedor de salud conductual*, un especialista en medicina interna, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada que trabaje bajo la supervisión de uno de estos.

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

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

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

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

- afiliado a un *hospital* según un acuerdo contractual con un sistema establecido de referido de pacientes;
- acreditado como centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
- esté licenciado como programa de tratamiento para el *trastorno por consumo de sustancias* por la Comisión sobre Consumo de Alcohol y Drogas de Texas
- esté licenciado, certificado o aprobado como programa o centro para el tratamiento del *trastorno por consumo de sustancias* por otra agencia estatal con autoridad legal para expedir dicha licencia, certificación o aprobación.

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.

Servicios médicos 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 actúe bajo la delegación y supervisión de un *médico* con licencia en Texas, que actúa dentro del ámbito de su licencia, en un lugar físico diferente al del *médico* o profesional de la salud usando telecomunicación o tecnología de la información.

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

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

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

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

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

ESTIPULACIÓN GENERAL

Agente de seguros

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

Enmiendas

El *plan* puede modificarse o cambiarse en cualquier momento mediante un acuerdo entre el *grupo* (TRS) y BCBSTX.

Intereses de propiedad del Administrador de reclamaciones

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

Antiasignación y pago de beneficios

Ninguno de los beneficios de este *plan* que sean pagaderos a cualquier beneficiario o *participante*, o en representación de ellos, 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 contratado* o *proveedor que forma parte de la red*, (c) cualquier *proveedor que no forma parte de la red*, u (d) otra persona o entidad designada, incluido cualquier *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 estipulación en contra de la cesión. El *plan* no es responsable de, ni está sujeto a, ninguna obligación o responsabilidad (por ejemplo, a través de retención, fijación, prenda o quiebra) suya o de un tercero ante quien usted, el tercero o cualquier otra persona puedan tener la responsabilidad de brindar atención médica, tratamiento o servicios. Sin embargo, BCBSTX puede elegir, a su entera discreción, cumplir con dichas solicitudes. Además, ni usted ni ninguna persona que actúe en su nombre podrán ceder a otra persona o entidad, lo que incluye cualquier *proveedor* de atención médica, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, su derecho a solicitar o recibir documentos del *plan* o solicitar y recuperar una multa relacionada con una demora o incumplimiento de proporcionar los documentos del *plan*. Además, ni usted ni ninguna otra persona que actúe en su nombre podrán ceder a otra persona o entidad, lo que incluye cualquier *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 de pagos de reclamaciones administrativas y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a esas reclamaciones.

Servicios de Protección Contra Robo de Identidad

Como *participante*, BCBSTX deja a disposición de usted sin costo adicional servicios de protección contra el robo de identidad, incluido el control de crédito, la detección de fraude, el seguro y la reparación de la identidad o el crédito para ayudar a proteger su información. Estos servicios de protección contra robo de identidad actualmente los brinda un proveedor externo designado por BCBSTX, y el *participante* puede aceptar o rechazar estos servicios en forma opcional. Los

participantes que deseen aceptar 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 de Salud Personal al 1-866-355-5999. Los servicios pueden finalizar de manera automática cuando la persona deje de ser un *participante* elegible. Los servicios pueden cambiar o suspenderse en cualquier momento con previo aviso razonable. BCBSTX no garantiza que un proveedor o servicio en particular esté disponible en un momento dado.

Medicare

Las normas especiales se aplican cuando está cubierto por este *plan* y por Medicare. Generalmente, este *plan* es un *plan* Primario si el asegurado es un empleado activo, y Medicare es un plan Primario si es un empleado jubilado.

Relación con el Participante/Proveedor

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

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

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

Pago en exceso

Si el *plan* o BCBSTX paga beneficios por los *gastos elegibles* incurridos por usted o sus *derechohabientes* y se descubre que el pago fue mayor de lo que debería haber sido, o se hizo por error (“Pago en exceso”), el *plan* o BCBSTX tiene el derecho de obtener un reembolso del monto del pago en exceso de: (i) la persona a la que se pagaron dichos beneficios o para la que se pagaron; (ii) cualquier compañía o plan de seguros; o (iii) cualquier otra persona, entidad u organización, incluidos, entre otros, *proveedores que forman parte de la red* o *que no forman parte de la red*.

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

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

- cualquier pago futuro que se adeuda a uno o más *proveedores que forman parte de la red*.

Además, BCBSTX tiene el derecho de reducir el pago del *plan* a un *proveedor* que forma parte de la red por el monto necesario para recuperar el pago en exceso de otro plan o póliza de Blue Cross y Blue Shield al mismo *proveedor que forma parte de la red* y remitir el monto recuperado al otro plan o póliza de Blue Cross y Blue Shield.

Rescisión

La rescisión es la cancelación o discontinuación de la cobertura con efecto retroactivo. Su cobertura puede no estar rescindida, a menos que usted o la persona que busque cobertura en su nombre realice un acto, práctica u omisión que constituya fraude o haga una declaración errónea intencional de un hecho material. Una cancelación o interrupción en la cobertura que únicamente tiene efecto retroactivo no es una rescisión. Una cancelación retroactiva o interrupción en la cobertura por falta de pago oportuno de las primas del plan requeridas o de las contribuciones hacia el costo de la cobertura (incluyendo las primas de COBRA) no es una rescisión. Recibirá un aviso de la rescisión con 30 días de anticipación. Una rescisión es considerada una Determinación adversa de beneficios para la que puede solicitar una revisión interna y externa.

Subrogación

Si el *plan* paga o provee beneficios para usted o sus *derechohabientes*, el *plan* está subrogado a todos los derechos de recuperación que usted o su *derechohabiente* tengan por contrato, responsabilidad extracontractual o de otro modo contra una persona, organización o aseguradora por el monto de los beneficios que el *plan* haya pagado o suministrado. Eso significa que el *plan* puede usar sus derechos para recuperar el dinero a través de una sentencia, un acuerdo o de otro modo, de parte de una persona, organización o aseguradora.

Para los fines de esta estipulación, una *subrogación* es la sustitución de una persona o entidad (el *plan*) por otra (usted o su *derechohabiente*) con referencia a una reclamación, demanda o derecho legítimos, para que la parte sustituida suceda los derechos de la otra en relación con la deuda o reclamación, y sus derechos o recursos.

Derecho de reembolso

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

Si usted o su *derechohabiente* recuperan dinero por parte de una persona, organización o aseguradora por una lesión o afección por la cual el *plan* pagó beneficios, usted o su *derechohabiente* aceptan reembolsar al *plan* el dinero recuperado por el monto de los beneficios pagados o proporcionados por el *plan*. Eso significa que usted o su *derechohabiente* pagarán al *plan* el monto de dinero recuperado por usted a través de una sentencia, un acuerdo o de otro modo, por parte de un tercero o su aseguradora, o de otra persona, organización o aseguradora, hasta alcanzar el monto de los beneficios que el *plan* haya pagado o proporcionado.

Derecho de recuperación mediante subrogación o reembolso

Usted o su *derechohabiente* aceptan entregarle de inmediato al *plan* toda la información sobre sus derechos de recuperación de parte de cualquier otra persona, organización o aseguradora, y ayudar y colaborar completamente con el *plan* para la protección y la obtención de sus derechos de reembolso y subrogación. Usted, su *derechohabiente* o su abogado notificarán al *plan* antes de la resolución de un juicio o una reclamación, para permitirnos exigir el cumplimiento de nuestros derechos al participar en la resolución de la reclamación o el juicio. Usted o su *derechohabiente* también aceptan no permitir que se limiten o perjudiquen los derechos de subrogación y reembolso del *plan* por acciones, o la falta de ellas, de su parte.

Coordinación de beneficios

La disponibilidad de los beneficios especificados en este *plan* está sujeta a la Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) como se describe a continuación. Esta estipulación de COB aplica a este *plan* cuando un *participante* tiene cobertura de atención médica bajo más de un *plan*.

Si se aplica esta estipulación de COB, se deberá ver primero el orden de las normas de determinación de beneficios. Esas normas determinan si los beneficios de este *plan* se definen antes o después de aquellos de otro *plan*. Los beneficios de este *plan* no se reducirán cuando este *plan* defina sus beneficios antes que otro *plan*; pero pueden reducirse cuando otro *plan* defina sus beneficios primero.

Coordinación de Beneficios – Definiciones

- **Plan** significa cualquier seguro de grupo o cobertura tipo grupo, ya sea que esté asegurado o no. Esto incluye:
 - a. seguro general o de grupo
 - b. seguro de franquicia que finaliza cuando termina el empleo
 - c. planes de servicios médicos o de hospital de grupo y otra cobertura de prepago de grupo
 - d. cualquier cobertura bajo acuerdos fiduciarios de gestión laboral, acuerdos de sindicatos, acuerdos de organizaciones empleadoras;
 - e. planes gubernamentales o cobertura requerida o provista por la ley.

El *plan* no incluye:

- a. coberturas del *participante* para la hospitalización y/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, Subvenciones a los estados para Programas de Asistencia Médica, de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos, en su forma enmendada)

Cada contrato, u otros acuerdos de cobertura, corresponden a un *plan* diferente. Además, si un acuerdo tiene dos partes y se aplican las normas de COB solo a una de las dos, cada una de las partes es un *plan* diferente.

- **Este Plan** significa la sección de este Certificado de Beneficios que provee beneficios para gastos de atención médica.
- **Plan Primario o Plan Secundario**

El orden de las normas de determinación de beneficios establece si *este plan* es un Plan Primario o un Plan Secundario que cubre al *participante*. Un *Plan Primario* en un *plan* cuyos beneficios se determinan antes que aquellos de otro *plan* y sin considerar los beneficios del otro *plan*. Un *Plan Secundario* en un *plan* cuyos beneficios se determinan después que aquellos de un Plan Primario y podrían ser reducidos debido a los beneficios del otro *plan*.

Cuando hay más de dos planes 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 está cubierto al menos parcialmente por uno o más planes que cubren al *participante* por quien está hecha la reclamación.
- **Período de determinación de la reclamación** significa un *año del plan*. No obstante, no incluye ninguna parte de un año durante el cual un *participante* no tiene cobertura bajo *este plan*, o cualquier parte de un año antes de la fecha en que esta estipulación de COB o una estipulación similar entra en vigor.
- **Nosotros o nos** significa TRS.

Reglas de orden de Determinación de los Beneficios

- **Información general**
 - a. Cuando hay una base para una reclamación bajo *este plan* y otro *plan*, *este plan* es un Plan Secundario cuyos beneficios se determinan después de los del otro *plan*, salvo que (a) el otro *plan* cuente con normas que coordinen sus beneficios con aquellos de *este plan* y (b) esas

normas y las normas de *este plan* requieran que los beneficios de *este plan* sean determinados antes que los del otro *plan*.

- b. Si este certificado de beneficios contiene beneficios para la vista o dentales, los beneficios provistos por la parte médica de *este plan* será el Plan Secundario.

- **Normas**

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

- a. **No Derechohabiente o Derechohabiente.** Los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como empleado, asegurado o asegurado principal se determinan antes que los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *derechohabiente*. No obstante, si el *participante* también es beneficiario de Medicare y, como resultado de la norma establecida por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones implementadas, Medicare es:
 - (1) secundaria al *plan* que cubre al *participante* como *derechohabiente*
 - (2) primario al *plan* que cubre al *participante* como otra cosa que no sea *derechohabiente* (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *derechohabiente* se determinan antes que los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como otra cosa que no sea *derechohabiente*.
- b. **Hijo Derechohabiente o padres no separados o divorciados.** Excepto como se declara en el Párrafo c a continuación, cuando este *plan* y otro *plan* cubren al mismo hijo como *derechohabiente* de padres distintos:
 - (1) los beneficios del *plan* del padre cuya fecha de nacimiento cae antes en el *año del plan* se determinan antes que aquellos del *plan* del padre cuya fecha de nacimiento cae después en ese *año del plan*.
 - (2) si ambos padres tienen el mismo día de nacimiento, los beneficios del *plan* que haya cubierto por un período más largo a un padre se determinan antes que aquellos del *plan* que cubrió al otro padre por un período más corto.

No obstante, si el otro *plan* no tiene esta regla descrita en este Párrafo b, pero en su lugar tiene una regla basada en el género del padre y si, como resultado, los *planes* no concuerdan en el orden de beneficios, la regla del otro *plan* determinará el orden de los beneficios.

- c. **Hijo derechohabiente o padres separados o divorciados.** Si uno o más *planes* cubren a un *participante* como hijo *derechohabiente* de padres divorciados o separados, los beneficios para el hijo se determinan en el siguiente orden:
 - (1) primero, el plan del padre con la custodia del hijo
 - (2) después, el plan del cónyuge del padre con la custodia del hijo, si corresponde
 - (3) finalmente, el plan del padre que no tiene la custodia del hijo

No obstante, si los términos específicos de un decreto de la corte declaran que uno de los padres es responsable del gasto de la atención médica del hijo, y la entidad que está obligada a pagar o a proporcionar los beneficios del *plan* de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese *plan* se determinan primero. El *plan* del otro padre será el Plan Secundario. Este párrafo no se aplica con respecto a ningún *año del plan* durante el cual cualquiera de los beneficios se paga en realidad o se proporcionan antes de que la entidad tenga ese conocimiento real.

- d. **Custodia conjunta.** Si los términos específicos del decreto de la corte declaran que los padres deberán compartir la custodia, sin expresar que uno de los padres es el responsable de los gastos de la atención médica del hijo, los *planes* que cubren al hijo deberán seguir el orden de las normas de determinación de beneficios detalladas en el Párrafo “b”.
- e. **Trabajador Activo o Inactivo.** Los beneficios de un *plan* que cubre a un *participante* como empleado que no ha sido despedido ni se ha jubilado se determinan antes de los beneficios de un *plan* que cubre a aquel *participante* como empleado despedido o jubilado. Lo mismo sería

verdad si un *participante* es *derechohabiente* de una persona cubierta como empleado jubilado y un empleado. Si el otro *plan* no tiene esta norma y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo e.

- f. **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 está cubierta en 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 *derechohabiente* de ese *participante*)
- (2) segundo, los beneficios bajo la continuación de la cobertura.

Si el otro *plan* no tiene esta norma y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo f.

- g. **Duración mayor o menor de la cobertura.** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del *plan* que cubría a un empleado, asegurado o asegurado principal por más tiempo se determinan antes de aquellos del *plan* que cubría a aquel *participante* durante el período más corto.

Efecto sobre los beneficios de Este Plan

- **Cuándo aplica esta sección**

Esta sección aplica cuando *este plan* es el Plan Secundario de conformidad con el orden de determinación de beneficios descrito anteriormente. En ese caso, los beneficios de *este plan* podrían reducirse bajo esta sección.

- **Reducción en los beneficios de este Plan**

Los beneficios de *este plan* se reducen cuando la suma de:

- a. los beneficios que se pagarían por los gastos permitidos bajo *este plan* a falta de esta estipulación COB;
- b. los beneficios que se pagarían por los gastos permitidos según los otros *planes*, a falta de estipulaciones con un propósito como el de esta estipulación COB, tanto si la reclama usted como si no, excede estos gastos permitidos en un Período de determinación de reclamaciones;

En ese caso, los beneficios de *este plan* se reducen para que estos, sumados a los que deben pagarse según los otros *planes*, no superen los gastos permitidos.

Cuando los beneficios de *este plan* se reducen como se describe anteriormente, cada beneficio se reduce proporcionalmente. Entonces, se cobra frente a cualquier límite de beneficio aplicable a *este plan*.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

No asumimos ninguna obligación a descubrir la existencia de otro *plan*, o los beneficios disponibles bajo el otro *plan*, si se descubre. Tenemos derecho de decidir qué información necesitamos para aplicar estas normas de COB. Podemos recibir o divulgar información de cualquier otra organización o persona sin comunicárselo a ninguna persona, o sin su consentimiento. Cada persona que reclame beneficios bajo *este plan* tiene que brindarnos cualquier información sobre la existencia de otros *planes*, los beneficios de los mismos y cualquier otra información necesaria para pagar la reclamación.

Centro de pago

Un pago que se haga bajo 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 de recuperación

Si el monto de pagos que realizamos es más de lo que deberíamos haber pagado según esta estipulación COB, podemos recuperar el exceso solicitándolo a una o más de:

- las personas a quienes hemos pagado o por las cuales hemos pagado;
- compañías de seguros;
- *hospitales, médicos, u otros proveedores*
- cualquier otra persona u organización

Finalización de la cobertura

Cancelación de la cobertura individual

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

- su contribución para la cobertura bajo el *plan* no sea recibida a tiempo por el administrador del *plan*;
- ya no cumpla con la definición de empleado que se describe en este certificado de beneficios, incluida la finalización del empleo;
- se finaliza o modifica el *plan*, por indicación del administrador del *plan*, para terminar la cobertura de la clase de empleados a la cual pertenece;
- un *derechohabiente* deje de serlo según la definición en el *plan*.

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

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

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

La cobertura para un hijo de cualquier edad médicamente certificado como *discapacitado* y que depende del padre no finalizará cuando alcance el límite de edad que se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA** si el hijo sigue cumpliendo con los siguientes dos criterios:

- Ser discapacitado.
- *depende* de usted para más de la mitad de su manutención según se define en el Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos.

Discapacitado significa un problema físico o mental determinable médicamente que impida al hijo tener un empleo para su manutención. La discapacidad tiene que comenzar cuando el *plan* brinda cobertura al hijo y antes de que el hijo alcance el límite de edad. Tendrá que presentar prueba satisfactoria de discapacidad y dependencia a través de su administrador del plan ante BCBSTX dentro de los 31 días en que su hijo alcance el límite de edad. Como condición para la continuidad de la cobertura de un hijo como derechohabiente *discapacitado* después del límite de edad, BCBSTX puede exigir certificación periódica del problema físico o mental del hijo, pero no con mayor frecuencia que una vez al año después del período de dos años posterior a que el hijo alcance el límite de edad.

Finalización del Grupo

La cobertura de los *participantes* terminará si el *grupo* finaliza según los términos de este *plan*.

Continuación de la cobertura de grupo - Federal

Continuación de COBRA - Federal

Conforme a las estipulaciones de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, en inglés), los *participantes* pueden tener 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 estipulaciones de COBRA.

Tamaño mínimo del grupo

La cantidad normal de empleados del *grupo* tiene que ser mayor que veinte (20) empleados en un día laborable típico durante el *año del plan* anterior. Esto se refiere al número de trabajadores empleados a tiempo parcial y a tiempo completo, no al número de empleados cubiertos por un plan de seguro de gastos médicos.

Pérdida de la cobertura

Si la cobertura termina (por un motivo distinto de la falta de pago de las primas) como resultado de la finalización (que no sea una falta grave) o reducción de las horas de empleo, el *participante* puede elegir continuar la cobertura durante dieciocho (18) meses desde la fecha en la que la cobertura terminaría.

Un *derechohabiente* asegurado puede elegir continuar la cobertura durante treinta y seis (36) meses desde la fecha en la que la cobertura terminaría si la cobertura finaliza como resultado de lo siguiente:

- Divorcio del empleado asegurado
- Muerte del empleado asegurado
- el empleado asegurado pasa a ser elegible para Medicare;
- un hijo *derechohabiente* asegurado deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del *derechohabiente*.

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

- El último día del período de dieciocho (18) meses para sucesos que tengan un período de continuación máximo de dieciocho (18) meses.
- El último día del período de treinta y seis (36) meses para sucesos que tengan un período de continuación máximo de treinta y seis (36) meses.
- El primer día en el que no se efectúe en forma puntual el pago de la prima del *plan* en relación con el beneficiario cualificado.
- finalice el seguro de gastos médicos de *grupo*;
- después de la fecha de elección, la fecha en la que el beneficiario elegible pasa por primera vez a ser asegurado bajo cualquier otro seguro de gastos médicos de grupo. en caso de que tenga una afección preexistente y se le deniegue la cobertura en el nuevo seguro de gastos médicos por una afección preexistente, la continuación de la cobertura no finalizará hasta el último día del período de continuación, o la fecha en que la afección preexistente quede cubierta en el nuevo seguro de gastos médicos, lo que ocurra primero

- después de la fecha de elección, la fecha en la que el beneficiario elegible tiene derecho por primera vez a los beneficios de Medicare.

Extensión del período de cobertura

El período de cobertura de dieciocho (18) meses puede extenderse si un suceso que de otro modo pudiera hacer elegible a un *participante* para el período de cobertura de treinta y seis (36) meses ocurre durante el período de dieciocho (18) meses, pero en ningún caso la cobertura podrá tener una duración mayor que treinta y seis (36) meses a partir del suceso inicial que lo hace elegible.

En caso de que un Participante sea considerado discapacitado en el sentido de la Ley de Seguridad Social y lo notifique al Empleador antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, continuación de la cobertura podrá ampliarse hasta otros once (11) meses durante un total de veintinueve (29) meses. Esta estipulación se limita a los *participantes* discapacitados en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la continuación de COBRA y solo si el suceso que lo hace elegible es el término del empleo (que no sea por una falta grave) o la reducción de las horas laborables. Se le puede cobrar una tarifa más alta por el período ampliado.

Aviso de los derechos de continuación de COBRA

El *empleador* es responsable de proveer la notificación necesaria a los *participantes*, tal y como se estipula en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) de 1985 y la Ley de Reforma Fiscal de 1986.

Para obtener información adicional acerca de sus derechos bajo la continuación COBRA, consulte el [Aviso de derechos de continuación de la cobertura](#) en la sección **AVISOS** de este certificado de beneficios.

Cancelación

Salvo que se disponga lo contrario en este documento, BCBSTX no tendrá derecho a cancelar ni rescindir ningún *plan* emitido a ningún *asegurado principal* mientras el Acuerdo de servicios administrativos permanezca vigente y en vigor, y mientras dicho *asegurado principal* permanezca en la clase elegible de empleados del *grupo*, y sus contribuciones se paguen en conformidad con los términos de este *plan*.

Género

Se considerará que el uso de cualquier género en el presente documento incluye al otro género y, cuando sea adecuado, se considerará que el uso del singular incluye el plural, y viceversa.

Acceso al Área de Servicio Alternativa

Un "Área de Servicio Alternativa" significa las *áreas de servicio* cubiertas por las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud que participan en el programa Blue Cross and Blue Shield Association Away From Home Care®, fuera del estado de Texas. Para conocer los nombres de las organizaciones para el mantenimiento de la salud y sus áreas de servicio o para obtener una lista de los *proveedores* participantes en un Área de Servicio Alternativa, comuníquese con su Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999.

Si usted reside temporalmente en un Área de Servicio Alternativa puede obtener servicios incluidos allí, tal como se describe en esta sección. Para un *participante*, la cobertura está disponible si usted reside o residirá en al Área de Servicio Alternativa al menos durante noventa (90) días, con un límite máximo de ciento ochenta (180) días. Los *participantes* pueden renovar la calificación dentro del Área de Servicio Alternativa mediante el envío de una solicitud de acceso al Área de Servicio Alternativa y la recepción de la aprobación de BCBSTX.

Este *plan* se mantiene en plena vigencia y vigor mientras usted se encuentre en el Área de Servicio Alternativa, y puede hacer uso de los servicios incluidos en conformidad con este plan si regresa al *área de servicio*. La *atención médica de emergencia* en el Área de Servicio Alternativa se cubrirá de acuerdo con los términos y las condiciones de este *plan*. La cobertura para servicios distintos de la *atención médica de emergencia* en el Área de Servicio Alternativa se proporcionará de acuerdo con los

términos y las condiciones del plan en el Área de Servicio Alternativa (el “Plan Alternativo”) que le proporcionará BCBSTX en el momento de la solicitud de acceso al *área de servicio* alternativa. Los términos y las condiciones del Plan Alternativo, incluidos los beneficios de este, pueden diferir de este *plan* y determinarán los servicios incluidos, que no sean *atención médica de emergencia*, que usted recibirá mientras se encuentre en el Área de Servicio Alternativa.

Para ser elegible para la cobertura en un Área de Servicio Alternativa tiene que enviar una solicitud de acceso al Área de Servicio Alternativa antes de mudarse a un Área de Servicio Alternativa. Tiene que seleccionar un PCP de una lista de *proveedores* participantes en el Área de Servicio Alternativa. BCBSTX determinará la fecha en la que comienza la cobertura para el Área de Servicio Alternativa (ya sea la fecha de entrada en vigor de la elegibilidad del *participante* o el primer día del mes posterior a la recepción por parte de BCBSTX de la solicitud de acceso al Área de Servicio Alternativa). Si se aprueba, BCBSTX emitirá una notificación por escrito.

Acceso al Área de Servicio Alternativa por parte de los derechohabientes

Si se inscribe en TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y tiene derechohabientes que viven fuera del estado, es posible que puedan recibir cobertura fuera de Texas. Tiene que completar un *Formulario de certificación/derechohabiente fuera del estado*, que puede obtener de su administrador de beneficios del distrito o de un Guía de Salud Personal. Una vez que complete el formulario y BCBSTX lo apruebe, su derechohabiente recibirá una *Carta de excepción de cobertura* en la que se indicará que puede recibir cobertura fuera de estado a través de la red nacional de proveedores participantes (PAR). Deberán proporcionar una copia de esta carta cuando accedan a los servicios a través de la red PAR a nivel nacional. Todos los demás en su plan tendrán que ver *proveedores que forman parte de la red* y obtener referidos para especialistas y otros proveedores dentro de Texas. Los derechohabientes fuera del estado pueden buscar un proveedor participante en www.bcbstx.com. Pueden encontrar un médico u hospital y elegir la red ParPlan.

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 estado en vigor de forma válida ni la cobertura continua que hubiese finalizado de forma válida.

Plan completo

Este *plan*, los anexos, las enmiendas, el Acuerdo de servicios administrativos y las solicitudes individuales, si las hubiera, de los *asegurados principales* constituyen el contrato completo entre las partes y, a partir de la fecha de entrada en vigor, sustituyen a 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 en 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, discapacidad de una parte significativa del personal de los *proveedores que forman parte de la red* o causas similares. En tal caso, los *proveedores que forman parte de la red* prestarán los servicios *hospitalarios* y profesionales previstos en el seguro de gastos médicos en la medida de lo posible y según su mejor criterio; pero BCBSTX y los *proveedores que forman parte de la red* no incurrirán en ninguna responsabilidad u obligación por retraso o por no proveer o coordinar los servicios si tal fallo o retraso fuera causado por tal suceso.

Formulario o contenido del plan

Ningún agente de seguros o empleado de BCBSTX está autorizado a cambiar el formulario o 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 renunciar a cualquier condición o restricción 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. No puede usarse una afirmación para anular, cancelar o evitar renovar su cobertura o para reducir beneficios, a menos que se encuentre en una solicitud de inscripción escrita 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 de gasto médicos 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 finalización de acuerdo con cualquier estipulación 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 estipulaciones del presente.

Aviso

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

BCBSTX, o el *grupo*, según el contrato entre ambos, 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 reemplazo 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 reside. Las circunstancias mencionadas anteriormente pueden tener lugar en diversos casos como, por ejemplo, la finalización 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 reemplazo, sujeto a los requisitos de elegibilidad aplicables, de Host Blue del lugar donde usted reside. Para ello, podremos (1) comunicarnos directamente con usted o (2) proporcionarle a la licenciataria local de Blue correspondiente al área geográfica donde usted reside su información personal y demás información general sobre la cobertura conforme a este seguro de gastos médicos 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 reemplazo.

Relación de las partes

La relación entre BCBSTX y los *proveedores que forman parte de la red* es la relación de un contratista independiente. Los *proveedores que forman parte de la red* no son agentes ni empleados de BCBSTX; ni BCBSTX ni ningún empleado de BCBSTX es empleado o agente de los *proveedores que forman parte 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 que forma parte 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 que forma parte 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 *derechohabientes* cubiertos 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 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 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 conformidad 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

AVISOS

AVISO

Acuerdos entre planes para servicios fuera del área

BCBSTX (el administrador de reclamaciones) mantiene relaciones con otras licenciatarias de Blue Cross o Blue Shield, a los que generalmente se hace referencia como “Acuerdos entre planes”. Siempre que obtenga servicios de atención médica fuera de nuestra Área de servicio, las reclamaciones de dichos servicios se pueden procesar a través de uno de estos Acuerdos entre planes.

Por lo general, al obtener atención fuera de nuestra área de servicio, usted obtendrá atención de proveedores de atención médica que tienen un acuerdo contractual (es decir, “proveedores participantes”) con una licenciataria local de Blue Cross o Blue Shield en ese otro lugar geográfico (“licenciataria local de Blue” [Host Blue]). En algunos casos, es posible que obtenga atención de proveedores no participantes. A continuación, se describen nuestras prácticas de pago en ambos casos.

Solo cubrimos servicios de atención médica limitados recibidos fuera de nuestra área de servicio. Según se usa en esta sección, “servicios incluidos” incluye atención médica de emergencia, atención médica inmediata y atención de seguimiento que se obtenga fuera del área geográfica de nuestra área de servicio. Cualquier otro servicio no estará cubierto cuando se procese a través de cualquier acuerdo entre planes, a menos que dichos servicios estén autorizados por BCBSTX (administrador de reclamaciones).

A. Programa BlueCard®

Conforme al Programa BlueCard®, cuando usted recibe servicios incluidos dentro del área geográfica en la que presta servicios una licenciataria local de Blue, seguiremos siendo responsables de cumplir con las obligaciones contractuales asumidas. Sin embargo, la licenciataria local de Blue es responsable de la contratación de proveedores y, por lo general, de manejar todas las interacciones con los proveedores de atención médica participantes.

El programa BlueCard le permite obtener servicios incluidos, como se define anteriormente, de un proveedor de atención médica que participe con una licenciataria local de Blue, donde esté disponible. El proveedor de atención médica participante presentará automáticamente una reclamación, por lo que no tiene que rellenar ningún formulario de reclamación. Usted será responsable del copago que se indica en el certificado de beneficios.

Servicios de atención médica de emergencia: si sufre una Emergencia médica fuera del Área de servicio, tendrá que recurrir al centro de Atención médica de emergencia o al centro de atención médica inmediata más cercano.

Cuando obtiene servicios incluidos fuera del área de servicio y la reclamación se procesa a través del programa BlueCard, el monto que paga por esos servicios, si no fuera un copago fijo en dólares, se calcula en función del monto que sea menor entre los siguientes:

- los cargos facturados por los servicios incluidos;
- El precio negociado que pone a nuestra disposición la licenciataria local de Blue

Generalmente, este “precio negociado” es un descuento sencillo que refleja el precio real que paga Host 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 un proveedor individual de atención médica o un grupo de proveedores, que pueden incluir tipos de acuerdos, pagos de incentivos u otros créditos o cargos. Algunas veces, podrá ser el precio promedio, en función de un descuento que produzca ahorros promedio previstos por tipos similares de proveedores de atención médica después de tener en cuenta los mismos tipos de transacciones que con el precio estimado.

El precio estimado y el precio promedio, en sentido prospectivo, también tienen en cuenta los ajustes para corregir las estimaciones en exceso o por debajo con respecto a las modificaciones de precios anteriores para los tipos de modificaciones de transacciones indicadas anteriormente. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que usamos para su reclamación porque no se aplicarán en forma retroactiva respecto de las reclamaciones que ya se hayan pagado.

AVISO

Es posible que la ley federal o las leyes de una reducida cantidad de estados exijan que la licenciataria local de Blue agregue un cargo adicional a su cálculo. Si una ley federal o estatal exige el uso de otros métodos para calcular las obligaciones, incluido un recargo, BCBSTX (el administrador de reclamaciones) realizará el cálculo de sus obligaciones por cualquier servicio Incluido de acuerdo con la ley estatal vigente en el momento en que recibió la atención.

B. Cálculo de obligaciones de los proveedores de atención médica no participantes fuera de nuestra área de servicio

Excepto por la atención médica de emergencia y la atención médica inmediata con seguimiento, no se cubrirán los servicios prestados por un proveedor no participante fuera del área de servicio.

Para los servicios de atención médica de emergencia y atención médica inmediata con servicios de seguimiento recibidos de proveedores no participantes dentro del estado de Texas, consulte la sección "Servicios de emergencia" de este certificado de beneficios.

Para los servicios de atención médica de emergencia y atención médica inmediata con servicios de seguimiento que se proporcionan fuera del estado de Texas por un proveedor no participante, el(los) monto(s) que paga por los servicios se calculará(n) mediante la metodología detallada en la sección "Servicios de emergencia" para proveedores no participantes que se encuentren dentro de nuestra área de servicio. Las leyes federales o estatales, según corresponda, regirán los pagos por los servicios de emergencia que no forman parte de la red.

C. 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, podrá hacer uso del programa Blue Cross Blue Shield Global Core cuando acceda a los servicios incluidos. A diferencia de Blue Cross Blue Shield Global Core, el Programa BlueCard disponible en el área de servicio de BlueCard de determinadas maneras. Por ejemplo, si bien Blue Cross Blue Shield Global Core le brinda asistencia para obtener acceso a una red de centros para pacientes internados, no hospitalizados y proveedores profesionales, la red no es administrada por una licenciataria local de Blue. Por este motivo, cuando reciba atención de proveedores fuera de los Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, por lo general, deberá pagar a los proveedores y presentar él mismo las reclamaciones para obtener el reembolso de estos servicios.

En el caso de que necesite servicios de asistencia médica (incluida la información sobre cómo encontrar a un médico u hospital) fuera del área de servicio de Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, debe llamar al centro de servicios al 1-800-810-BLUE (2583) o al 1-804-673-1177 para las llamadas con cobro revertido las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un coordinador de asistencia, que trabaja con un profesional médico, puede concertar una cita médica u hospitalización, si corresponde.

• Servicios de hospitalización

En la mayoría de los casos, si se comunica con el centro de servicio para obtener asistencia, los hospitales no exigirán el pago de los servicios de hospitalización cubiertos, salvo el coseguro o los copagos o deducibles, entre otros. En estos casos, el hospital presentará sus reclamaciones al centro de servicio para su procesamiento. Sin embargo, si usted pagó la totalidad de los servicios cuando estos fueron prestados, tendrá que presentar una reclamación para recibir el reembolso de los Servicios Con Cobertura.

AVISO

El asegurado tiene que comunicarse con BCBSTX (el administrador de reclamaciones) para obtener la autorización previa de los servicios para pacientes internados que no sean de emergencia.

- **Servicios para pacientes no hospitalizados**

Por lo general, los médicos, centro de atención médica inmediata y demás proveedores de pacientes no hospitalizados ubicados fuera del área de servicio de BlueCard exigirán que el asegurado pague la totalidad de los servicios al momento de su prestación. Usted tendrá que presentar una reclamación para obtener el reembolso de los Servicios Con Cobertura.

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

Cuando usted paga los servicios con cobertura fuera de los Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, tendrá que presentar una reclamación para obtener el reembolso. Para presentar reclamaciones institucionales y profesionales, debe completar un formulario de reclamación Blue Cross Blue Shield Global Core International y enviarlo, junto con las facturas detalladas del profesional de la salud, al centro de servicio (la dirección figura en el formulario) para iniciar el procesamiento de reclamaciones. Seguir las instrucciones que figuran en el formulario de reclamación ayudará a asegurar el procesamiento oportuno de la reclamación. El formulario de reclamación se puede obtener del Plan, del centro de servicio, o bien en línea en www.bcbsglobalcore.com. Si necesita ayuda con la presentación de una reclamación, debe llamar al centro de servicio al 1-800-810-BLUE (2583), o realice una llamada de cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

AVISO

Aviso sobre Exención de Pagos

Cuando un *participante* acude a un *proveedor que no forma parte de la red* o utiliza sus servicios, y esto tiene como resultado una reclamación contra el *plan*, TRS supone que el *proveedor* recaudará del *participante* el *deducible*, el *copago* o el *coseguro* correspondiente. En función de esta presunción, se determinan los acumuladores del *deducible* y el *máximo de gastos de bolsillo* del *participante*, además de cualquier otro acumulador aplicable conforme a la cobertura del *participante*. Cuando los *proveedores* renuncian a los *deducibles*, los *copagos* y los *montos del coseguro* de los *participantes*, o no los cobran, se defrauda y se abusa de este *plan*, ya que tales prácticas amenazan la estabilidad de los fondos que TRS administra. Es responsabilidad de los *participantes* y los *proveedores que no forman parte de la red* del plan informar cuando un *proveedor* renuncie a los *deducibles*, los *copagos* y los *montos del coseguro*, o no los cobre, ya que tales exenciones o retrasos en los cobros no se deben contabilizar en los acumuladores del *participante*. Además, esto puede indicar que un *proveedor que no forma parte de la red* participa en prácticas destinadas a generar mayores gastos a este *plan*. Si se plantea una inquietud, TRS puede negarse a pagar una reclamación o puede reducir el pago de una reclamación hasta que reciba pruebas razonables de que el *participante* pagó cualquier *deducible*, *copago* o *monto del coseguro* aplicable.

AVISO

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, en inglés). En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de una manera determinada tras consultar con el médico responsable y la paciente para lo que se indica a continuación:

- todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía;
- la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- el uso de prótesis; 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 de Salud Personal al 1-866-355-5999.

AVISO

CONTINUACIÓN DE LOS DERECHOS DE COBERTURA SEGÚN COBRA

AVISO: Es posible que a ciertos empleadores no les afecte la **CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN DEL EMPLEO (COBRA)**. Consulte a su empleador o a su Administrador de Grupo si tiene preguntas sobre COBRA.

INTRODUCCIÓN

Usted ha recibido este aviso porque, recientemente, el plan de atención médica grupal de su empleador (el Plan) ha empezado a cubrirlo. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión provisional de cobertura conforme al Plan. **Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo estaría a su disposición y a la de su familia, y qué necesita hacer para proteger el derecho a recibirla.**

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición cuando, en otras circunstancias, usted perdería su cobertura médica de grupo. También puede estar a disposición de otros miembros de su familia que estén incluidos en la cobertura del Plan cuando en otras circunstancias perderían su cobertura médica de grupo.

Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones conforme al Plan y la ley federal, debería revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del plan.

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

La continuación de la cobertura conforme COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura hubiera terminado debido a un suceso de la vida denominado "suceso que lo hace elegible". En este aviso, hay una lista de sucesos que lo hacen elegible específico. Tras un suceso que lo hace elegible, la continuación de cobertura COBRA tiene que ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario elegible". Usted, su cónyuge y sus hijos derechohabientes podrían pasar a ser beneficiarios elegibles si la cobertura del Plan se pierde debido al suceso que lo hace elegible. Según el Plan, los beneficiarios elegibles que elijan la continuación de la cobertura COBRA tienen que pagar por ella.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura según el Plan por cualquiera de los siguientes sucesos elegibles:

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

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura bajo el Plan por cualquiera de los siguientes sucesos que lo hacen elegible:

- Muerte de su cónyuge.
- reducción de horas de empleo de su cónyuge;
- Finalización del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea
- una falta grave por su parte;
- inscripción de su cónyuge en los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambos).
- divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos derechohabientes se convierten en beneficiarios elegibles si pierden la cobertura según el plan por cualquiera de los siguientes sucesos elegibles:

- muerte del padre-empleado;
- reducción de horas de empleo del padre-empleado;
- Finalización del empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea
- una falta grave de su parte.
- Inscripción del padre-empleado en Medicare (en la Parte A, la Parte B o ambas).
- divorcio o separación legal de los padres; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del Plan como un "hijo derechohabiente".

Si el Plan proporciona cobertura 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 suceso que lo hace elegible. Si se realiza una declaración de bancarrota con respecto a su empleador, y dicha bancarrota da lugar a que cualquier empleado jubilado con cobertura del Plan pierda la cobertura, el empleado jubilado pasará a ser beneficiario elegible con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge superviviente y sus hijos derechohabientes también se convertirán en beneficiarios elegibles si la bancarrota causa la pérdida de su cobertura conforme al Plan.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

El Plan ofrece la continuación de la cobertura COBRA a beneficiarios elegibles solo después de que se haya notificado al Administrador del plan que ha ocurrido un suceso elegible. Cuando el suceso que lo hace elegible sea el fin del empleo, la reducción de horas o la muerte del empleado, la existencia de cobertura médica de empleado jubilado, el inicio de un proceso de bancarrota con respecto al empleador, o la adquisición del derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del empleado, el empleador tiene que notificar tal suceso que lo hace elegible al Administrador del Plan.

TIENE QUE NOTIFICAR CIERTOS SUCESOS QUE LO HACEN ELEGIBLE

El resto de sucesos que lo hacen elegible (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo derechohabiente en calidad de tal), tiene que notificarlos al Administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra un suceso que lo hace elegible. Comuníquese con su empleador o con el Administrador de COBRA para saber cómo realizar esta notificación y obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

¿CÓMO SE PROVEE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

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

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación provisional de la cobertura. Cuando el suceso elegible es la muerte del empleado, o la adquisición del derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del empleado, su divorcio o separación legal, o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo derechohabiente, la continuación de la cobertura de COBRA puede durar hasta 36 meses.

Cuando el suceso elegible es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, y el empleador adquirió el derecho a beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del suceso elegible, la continuación de la cobertura de COBRA para beneficiarios cualificados, a parte del empleado, dura 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado con cobertura adquiere el derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la continuación de la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare, que equivale a 28 meses después de la fecha del suceso que lo hace elegible (36 meses menos 8 meses). Si no fuera así, cuando el suceso que lo hace elegible es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, normalmente la continuación de la cobertura COBRA solo dura un total de 18 meses. Hay dos formas en que se puede extender este período de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA.

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

Si la Administración de la Seguridad Social determina que usted o alguien en su familia cubierto bajo el Plan es discapacitado y usted se lo notifica a tiempo al Administrador del plan, usted y toda su familia tendrán derecho a recibir

hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, con un total máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber empezado en algún momento anterior al día 60 de la continuación de la cobertura COBRA, y tiene que durar al menos hasta el fin del período de 18 meses de continuación de la cobertura. Comuníquese con su empleador o con el Administrador de COBRA para saber cómo realizar esta notificación y obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

SEGUNDA EXTENSIÓN POR SUCESO DE ELEGIBILIDAD DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Si su familia experimenta otro suceso elegible mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos derechohabientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, con un total máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan el segundo suceso que lo hace elegible. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos derechohabientes que reciban continuación de la cobertura si el empleado o antiguo empleado muere, adquiere el derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), o se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo derechohabiente deja de ser elegible para la cobertura según el Plan como hijo derechohabiente, pero solo si el suceso hubiera hecho que el cónyuge o el hijo derechohabiente pierdan la cobertura según el Plan, si no hubiera ocurrido el primer suceso que lo hace elegible.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben ser dirigidas a su Administrador del plan. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley ERISA, incluida la Ley COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), y otras leyes que afecten los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO DE CAMBIOS EN SU DIRECCIÓN

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Comuníquese con su empleador para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de la administración de su continuación de la cobertura de COBRA.

Información proporcionada por su empleador

Su plan de medicamentos con receta

Plan TRS-ActiveCare Primary

	Deducible (<i>por persona, por año del plan</i>)	Sujeto al deducible anual del plan para todos los beneficios médicos y de recetas	
Medicamentos con receta	En locales comerciales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>) y mantenimiento en locales comerciales (<i>después del 1.º surtido, suministro de hasta 31 días</i>)	- \$15 de copago (no se aplica el deducible a genéricos de no especialidad) - 30% de coseguro después del deducible	Usted paga el 100% del costo total en el momento de la compra y, una vez que se cubre el deducible, se le reembolsa el monto permitido según lo determinado por CVS Caremark (tiene que enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso)
	- Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	- 50% de coseguro después del deducible	
	Mantenimiento en locales comerciales (<i>después del primer surtido, suministro de hasta 31 días</i>)	- \$30 de copago (no se aplica el deducible a genéricos de no especialidad) - 30% de coseguro después del deducible	Usted paga el 100% del costo total en el momento de la compra y, una vez que se cubre el deducible, se le reembolsa el monto permitido según lo determinado por CVS Caremark (tiene que enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso)
	- Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	- 50% de coseguro después del deducible	
Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de entre 60 y 90 días</i>) y red Retail-Plus (<i>suministro de entre 60 y 90 días en farmacias participantes de Retail-Plus</i>)	- \$45 de copago (no se aplica el deducible a genéricos de no especialidad) - 30% de coseguro después del deducible	Usted paga el 100% del costo total en el momento de la compra y, una vez que se cubre el deducible, se le reembolsa el monto permitido según lo determinado por CVS Caremark (tiene que enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso)	
- Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	- 50% de coseguro después del deducible		
	Medicamentos con receta especializados (<i>limitados a un suministro de 31 días</i>)	- 30% de coseguro después del deducible	

* Si recibe un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, tendrá que pagar la diferencia entre el descuento de la marca y el descuento para genéricos.

** Se exige el deducible y el copago para determinados medicamentos preventivos genéricos. Vaya a info.caremark.com/trsactivecare para ver la lista).

*** Si usa asistencia de copagos de terceros para medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante. Solo el monto que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible y al gasto máximo de bolsillo.

Plan TRS-ActiveCare Primary+

Medicamentos con receta*			
Medicamentos con receta	<u>Deducible</u> (por persona, por <u>año del plan</u>)	\$0 para medicamentos genéricos, \$200 por persona para medicamentos de marca	
	En locales comerciales a corto plazo (suministro de hasta 31 días) - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	- \$15 <u>de copago</u> - 25% de coseguro después del deducible - 50% de coseguro después del deducible	Se le reembolsará el monto permitido según lo determine CVS Caremark en función el monto que hubiera cobrado una farmacia de red menos el copago requerido una vez cubierto el deducible para medicamentos (para recibir el reembolso, debe enviar la reclamación a CVS Caremark en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio)
	Mantenimiento en locales comerciales (después del primer surtido, suministro de hasta 31 días) - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	- \$30 de copago - 25% de coseguro después del deducible - 50% de coseguro después del deducible	
	Farmacia de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días) y red Retail-Plus (suministro de hasta 90 días en farmacias participantes de Retail-Plus) - Medicamento genérico - Medicamento de marca preferido - Medicamento de marca no preferido	- \$45 de copago - 25% de coseguro después del deducible - 50% de coseguro después del deducible	
	Medicamentos con receta especializados (limitados a un suministro de 31 días)	- 30% de coseguro después del deducible	

* Si recibe un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, será responsable del copago del genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico. Este monto no cuenta para el deducible de medicamentos de \$200 para medicamentos de marca.

** Si usa asistencia de copagos de terceros para medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante. Solo el monto que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible y al gasto máximo de bolsillo.

Cómo funciona su Plan de medicamentos con receta

Acerca de CVS Caremark

CVS Caremark es uno de los profesionales médicos farmacéuticos más grandes de Estados Unidos. La red de CVS Caremark cuenta con más de 64 000 farmacias a nivel nacional, incluidas farmacias de cadena y 20 000 farmacias independientes.

A través de los servicios de farmacia de CVS Caremark, puede solicitar medicamentos de mantenimiento y especializados en línea o por teléfono y recibirlos directamente en su hogar. El sitio web CVS Caremark ofrece estos y otros servicios, incluido Ask-a-Pharmacist, que le permite obtener respuestas e información en relación con sus medicamentos. Para comenzar a utilizar estos y otros servicios y funciones, inscribese en info.caremark.com/trsactivecare

Tarjetas de asegurado de CVS Caremark

Su plan de beneficios de medicamentos recetados está diseñado para ofrecerle atención de calidad en la farmacia y ayudarlo a ahorrar dinero. Si se inscribe en una de las opciones del plan TRS-ActiveCare, recibirá por correo una nueva tarjeta de asegurado de CVS Caremark para medicamentos con receta. Junto con la tarjeta de asegurado, recibirá un kit de bienvenida de CVS Caremark que refleja el plan de beneficios con cobertura para medicamentos con receta seleccionado. Si necesita obtener una tarjeta de asegurado temporal o pedir tarjetas adicionales, puede llamar al 1-866-355-5999 para hablar con un representante de CVS Caremark o en línea en www.Caremark.com

Asegúrese de llevar su tarjeta de asegurado para medicamentos con receta a la farmacia la primera vez que vaya a hacer que le surtan una receta. También puede acceder a una copia digital de sus tarjetas de asegurado en la aplicación de CVS Caremark.

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare Primary

CVS caremark Prescription Card

RxBIN	004336
RxPCN	ADV
RxGRP	RX1296
Issuer (80840)	9151014609
ID	123456789
Name	JOHN Q SAMPLE

00001

\$15 31-DS / \$45 90-DS Generic
30% after deductible 31/90-DS Preferred Brand

50% after deductible 31/90-DS Non-Preferred Brand

TRS ACTIVECARE
TRSA RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS
TRS-ActiveCare Primary

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

For more information, visit info.caremark.com/trsactivecare or call TRS-ActiveCare Customer Service and speak to a Customer Care representative toll-free at 1-866-355-5999.

Pharmacy Help Desk for Pharmacists: 1-800-364-6331

Specialty drugs eligible for PrudentRx: \$0
Specialty drugs not eligible for PrudentRx Ded: 30%

Primary
Ded \$2,500 Individual, \$5,000 Family
MOOP \$8,150 Individual, \$16,300 Family

Submit paper claims to:
Caremark Claims Department
P.O. Box 52136, Phoenix, AZ 85072-2136

1296-Custom_P_CP-0722

TRS-ActiveCare Primary+

CVS caremark Prescription Card

RxBIN	004336
RxPCN	ADV
RxGRP	RX1296
Issuer (80840)	9151014609
ID	123456789
Name	JOHN Q SAMPLE

00001

\$15 31-DS / \$45 90-DS Generic
25% after deductible Preferred Brand

50% after deductible Non-Preferred Brand

TRS ACTIVECARE
TRSA RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS
TRS-ActiveCare Primary+

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

For more information, visit info.caremark.com/trsactivecare or call TRS-ActiveCare Customer Service and speak to a Customer Care representative toll-free at 1-866-355-5999.

Pharmacy Help Desk for Pharmacists: 1-800-364-6331

Specialty drugs eligible for PrudentRx: \$0
Specialty drugs not eligible for PrudentRx Ded: 30%

Primary Plus
Ded \$0 Generic, \$200 Brand RX Only
MOOP \$6,900 Individual, \$13,800 Family

Submit paper claims to:
Caremark Claims Department
P.O. Box 52136, Phoenix, AZ 85072-2136

1296-AC_PP-0722

Exclusiones de medicamentos

CVS Caremark y TRS revisan periódicamente las opciones de la lista de medicamentos en busca de formas de controlar los costos y, al mismo tiempo, preservar la elección individual y el acceso a medicamentos clínicamente eficaces. Las actualizaciones del estado de nivel de medicamentos individuales se realizan de forma continua.

Las exclusiones de medicamentos de la lista de medicamentos se realizarán una vez al año y, por lo general, entrarán en vigor el 1 de enero. Durante los cuatro meses anteriores al 1 de enero, los pacientes que usen medicamentos que se van a excluir recibirán una notificación previa a los cambios para ayudarlos a identificar posibles tratamientos de reemplazo. Si desea obtener una lista completa de las exclusiones de la lista de medicamentos para este año, visite el sitio web de CVS Caremark en info.caremark.com/trsactivecare

Lista de medicamentos preferidos de CVS Caremark

TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+ incluyen una lista de medicamentos (formulary, en inglés), que es una lista de medicamentos que indica el estado preferido y no preferido. Cada medicamento cubierto está aprobado por la Administración de alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y también es revisado por un grupo independiente de médicos y farmacéuticos para su seguridad y eficacia. TRS-ActiveCare fomenta el uso de los medicamentos preferidos de esta lista para ayudar a controlar el aumento en los costos de los medicamentos con receta. Por lo general, pagará un copago menor en medicamentos genéricos (nivel 1) y medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos (nivel 2).

Ahorre dinero en medicamentos con receta

Usted pagará:

- el [copago](#) más bajo para medicamentos genéricos de nivel 1
- un copago más alto para los medicamentos de marca preferidos de nivel 2
- el copago más alto para los medicamentos de marca no preferidos de nivel 3

Su médico puede ayudarlo a ahorrar dinero recetándole medicamentos de nivel 1 y nivel 2, si corresponde. Visite el sitio web de CVS Caremark para verificar el precio y la cobertura de medicamentos según su plan.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos aprobados por la FDA son seguros y eficaces. Puede que los nombres de los medicamentos genéricos le resulten desconocidos, pero estos medicamentos son seguros y eficaces. Los medicamentos genéricos y sus homólogos de marca tienen en común lo siguiente:

- contienen los mismos ingredientes activos
- se fabrican conforme a las mismas regulaciones federales estrictas

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la Administración de Alimentos y Medicamentos exige que los ingredientes activos tengan la misma fortaleza, pureza y calidad que las alternativas de marca. Las recetas surtidas con medicamentos genéricos tienen copagos menores bajo el programa de medicamentos con receta de TRS-ActiveCare. Para obtener más información sobre la lista de medicamentos de su plan, visite info.caremark.com/trsactivecare o comuníquese con el Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos preventivos (solamente genéricos) que mantiene el IRS están cubiertos sin costo alguno para los participantes en el plan TRS-ActiveCare Primary. La lista de medicamentos genéricos elegibles está publicada en el sitio web para asegurados de Aetna y en el sitio web de CVS Caremark.

Educación y seguridad

Los medicamentos con receta que puede obtener a través de farmacias CVS Caremark, así como los que adquiera en una farmacia comercial participante, se revisan para detectar posibles interacciones farmacéuticas. Si en algún momento CVS Caremark tiene una duda sobre su receta, un farmacéutico de CVS Caremark se comunicará con su médico antes de dispensar el medicamento. Si su médico decide cambiar la receta, CVS Caremark les enviará notificación a usted y a su médico.



Las leyes estatales y federales limitan el período de validez de receta médica, independientemente del número de resurtidos restantes. Revise la fecha de caducidad que figura en la orden de resurtido antes de volver a surtir su medicamento.

Tipo de servicio	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	Fuera de la red
Deducible para medicamentos (por año del plan)	\$2,500 individual \$5,000 familiar	\$0 para medicamentos genéricos \$200 por persona por medicamentos de marca	Igual que dentro de la red
Gasto máximo de bolsillo Por año del plan , incluye el deducible médico y farmacéutico, el copago correspondiente y el coseguro	\$8,150 individual \$16,300 familiar	\$6,900 individual \$13,800 familiar	Igual que dentro de la red
En locales comerciales a corto plazo (un suministro de hasta 31 días) Medicamento genérico Medicamento de marca preferida sin genérico Medicamento de marca no preferido	\$15 de copago (no se aplica el deducible a genéricos de no especialidad) 30% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible	\$15 de copago (no se aplica el deducible) 25% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible	Se le reembolsará el monto que le hubiese cobrado una farmacia de la red menos el deducible y el coseguro requeridos
Mantenimiento en locales comerciales (después del primer surtido; suministro de hasta 31 días) Medicamento genérico Medicamento de marca preferida sin genérico Medicamento de marca no preferido	\$30 de copago (no se aplica el deducible a genéricos de no especialidad) 30% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible	\$30 de copago (no se aplica el deducible) 25% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible	

Tipo de servicio	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	Fuera de la red
Entrega a domicilio y red Retail-Plus (suministro hasta 90 días) Medicamento genérico Medicamento de marca preferida sin genérico Medicamento de marca no preferido	\$45 de copago (no se aplica el deducible a genéricos de no especialidad) 30% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible	\$45 de copago (no se aplica el deducible) 25% de coseguro después del deducible 50% de coseguro después del deducible	
Medicamentos especializados (límite de suministro de 31 días)	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	

para la diabetes	Red de TRS-ActiveCare Primary	Red de TRS-ActiveCare Primary+
Medidor de glucosa de marca preferido	\$0	\$0
Suministro comercial de 31 días a corto plazo	Lista de medicamentos: \$0 para agujas y jeringas solo si se compra el mismo día que la insulina. Sin lista de medicamentos: se aplica el deducible y los copagos/coseguros	Lista de medicamentos: \$0 para agujas y jeringas solo si se compra el mismo día que la insulina. Sin lista de medicamentos: se aplica el deducible y los copagos/coseguros
Suministro para 90 días en Retail-Plus o por servicio de entrega a domicilio	Lista de medicamentos: \$0 por agujas, lancetas y jeringas, independientemente de si se procesan el mismo día que la insulina y sin importar la marca. Las tiras reactivas deben ser la marca preferida. Sin lista de medicamentos: se aplica el deducible y coseguro	Lista de medicamentos: \$0 por agujas, lancetas y jeringas, independientemente de si se procesan el mismo día que la insulina y sin importar la marca. Las tiras reactivas deben ser la marca preferida. Sin lista de medicamentos: se aplica el deducible y coseguro

* La multa por solicitudes de “dispensar según lo recetado” no se aplica a los copagos de \$0.

Programa de farmacias comerciales dentro de la red

Las farmacias comerciales dentro de la red aceptarán su tarjeta de asegurado de TRS-ActiveCare y le cobrarán el valor que sea menor entre el precio negociado de CVS Caremark, el costo habitual por un suministro de hasta 31 días de su receta en una farmacia comercial de red tradicional, o un suministro de 60 a 90 días en una farmacia de red la Retail-Plus. En el caso del Plan TRS-ActiveCare Primary, una vez que haya alcanzado el deducible del año del plan, pagará el porcentaje correspondiente de coseguro según el costo de la receta hasta que se alcancen sus gastos máximos de bolsillo. Para el Plan TRS-ActiveCare Primary+, después de que se haya alcanzado el deducible del medicamento de marca de su receta médica, pagará cualquier copago o porcentaje de coseguro aplicable según el costo de la receta médica.

Su servicio estándar de farmacia comercial es más conveniente cuando necesita un medicamento por un período corto. Por ejemplo, si necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las muchas farmacias que participan en el programa TRS-ActiveCare y obtener su medicamento el mismo día. En el caso de las prescripciones a corto plazo, puede ahorrar dinero si utiliza farmacias que participan en la red CVS Caremark.

Entrega a domicilio a través de la farmacia de CVS Caremark

La farmacia con entrega a domicilio de CVS Caremark le ofrece comodidad y posibles ahorros. Si necesita medicamentos en forma continua o a largo plazo, como medicamentos para tratar el asma o la diabetes, puede pedirle a su médico que recete un suministro de hasta 90 días con envío a su casa, además de resurtidos durante un año.

Cómo surtir un medicamento con receta con entrega a domicilio

Para nuevos medicamentos a largo plazo o de mantenimiento, pídale al médico que escriba dos recetas:

- la primera para un suministro de hasta 90 días, además de cualquier otro resurtido, para surtir a través de la farmacia de servicio por correo de CVS Caremark;
- la segunda para un suministro de hasta 31 días, que puede surtir en una farmacia de red minorista participante para su uso hasta que llegue su receta médica por el servicio de correo.

Complete un Formulario de pedido para entrega a domicilio y envíelo a CVS Caremark, junto con sus recetas médicas originales y el copago correspondiente para cada receta médica. Asegúrese de incluir su receta médica original. No se aceptan fotocopias.

Tenga en cuenta lo siguiente: es obligatorio enviar por correo en un Formulario de entrega a domicilio de CVS Caremark la primera vez que solicita una nueva receta médica a través del servicio de entrega a domicilio. También puede solicitar a su médico que envíe su receta médica directamente a la farmacia de entrega a domicilio de CVS Caremark de forma electrónica, o bien, comuníquese con el Servicio al Cliente de CVS Caremark para obtener ayuda. El servicio de resurtido automatizado de CVS Caremark solo está disponible después de que se haya procesado su primer pedido de receta. Puede descargar un Formulario de entrega a domicilio en www.Caremark.com

La tarjeta de crédito es el método de pago preferido, pero también puede pagar con cheque o giro postal. Para pagos con tarjeta de crédito, incluya sus el número de su tarjeta VISA®, Discover®, MasterCard® o American Express® y la fecha de caducidad en el espacio proporcionado en el formulario de pedido. La farmacia con entrega a domicilio de CVS Caremark le permite dividir el costo de un suministro de 90 días en 3 pagos mensuales.

Puede esperar recibir su medicamento con receta con entrega a domicilio en un plazo de entre 7 y 10 días a partir de la fecha en que realice su pedido.

Red de farmacia de Retail-Plus

Las farmacias comerciales que eligen participar en la red Retail-Plus pueden dispensar un suministro de medicamentos de 60 a 90 días. Puede visitar **Error! Hyperlink reference not valid.** o comunicarse con el Servicio al Cliente de CVS Caremark para obtener más información sobre las farmacias que han optado por participar en la red de Retail-Plus.

En una farmacia no participante

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

Si obtiene una receta fuera de los Estados Unidos, envíe por correo una copia de su receta y los recibos de compra junto con el formulario de reclamación. La dirección postal está en el reverso del formulario.

Programas clínicos: recetas con pedido de “dispensar según lo recetado”, autorización previa, terapia escalonada y cantidad límite

Recetas para “dispensar según instrucciones”

Si surte una receta para un medicamento de marca que tiene una versión genérica (o equivalente) disponible, el farmacéutico puede darle la versión genérica en su lugar, a menos que usted o su médico hayan indicado en la receta que solo debe recibir el medicamento de marca.

Por ejemplo, el médico puede indicar “marca de necesidad médica” en la receta.

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

Terapia escalonada

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

Si es de necesidad médica, puede obtener cobertura para un medicamento de terapia escalonada sin probar primero un medicamento por requisito previo. En este caso, su médico debe solicitar la cobertura del medicamento de terapia escalonada como una excepción médica. Si se aprueba la cobertura, se notificará a su médico. Su médico puede solicitar una revisión de la cobertura llamando a CVS Caremark Customer Care al 1-866-355-5999.

Límites de suministro

Algunos medicamentos con receta están sujetos a límites de suministro que pueden restringir la cantidad dispensada con cada pedido de receta o resurtido. Para determinar si se ha asignado una cantidad máxima al surtido de un medicamento con receta, llame al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Medicamentos que requieren autorización previa

Según TRS-ActiveCare, CVS Caremark puede revisar las recetas médicas de ciertos medicamentos con su médico antes de que puedan cubrirse. Esto se realiza como parte de un programa de gestión de cobertura. Una revisión de autorización previa sigue las pautas clínicas que un grupo independiente de médicos y farmacéuticos revisa y aprueba.

Programas de gestión de cobertura

A continuación, se presenta una lista de cada uno de los tres programas de gestión de la cobertura. Para obtener más información sobre revisiones de cobertura y autorización previa, llame al servicio de atención al cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Autorización previa

Para algunos medicamentos, debe obtener la aprobación a través de una revisión de la cobertura antes de que el medicamento pueda cubrirse bajo su plan. El proceso de revisión de la cobertura permitirá que CVS Caremark obtenga más información sobre su curso de tratamiento específico (la información que no está disponible en su receta médica original) con el fin de determinar si un medicamento determinado es elegible para los requisitos de cobertura conforme a TRS-ActiveCare.

Calificación por historia

Algunos medicamentos también pueden requerir una revisión de la cobertura basada en los siguientes factores:

- Si se cumplen ciertos criterios, como la edad, el sexo o la afección
- si una terapia o un curso de tratamiento alternativos fallaron o no son apropiados

En cualquiera de estos casos, los farmacéuticos revisarán la receta a fin de asegurarse de que se cumplan todos los criterios necesarios para un determinado medicamento. Si no se cumplen los criterios, se requerirá una revisión de la cobertura.

Administración de cantidades

Para promover un tratamiento farmacológico seguro y eficaz, es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan restricciones de cantidad. Estas restricciones de cantidad se basan en las directrices aprobadas clínicamente o del fabricante y están sujetas a revisiones y cambios periódicos.

Proceso de revisión de cobertura

Puede comprobar si su medicamento requiere autorización previa (revisión de la cobertura) llamando al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-355-5999.

Si su medicamento requiere una revisión de la cobertura, usted o su médico pueden comenzar el proceso llamando a CVS Caremark.

En una farmacia minorista en la red de su plan

Si está surtiendo una receta en una farmacia minorista y se requiere una revisión de la cobertura, CVS Caremark le avisará automáticamente al farmacéutico, quien le dirá a usted que la receta debe ser revisada para obtener una autorización previa.

Usted o su médico pueden comenzar el proceso llamando a CVS Caremark.

- CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar más información que la que aparece en la receta. Después de recibir la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con usted y su médico para confirmar si la cobertura se autorizó o no.
- Si se autoriza la cobertura, simplemente debe pagar su copago o coseguro normal por el medicamento. Si no se autoriza la cobertura, es posible que usted deba pagar el costo total. Si corresponde, puede hablar con su médico acerca de alternativas que podrían estar cubiertas.

A través de farmacias CVS Caremark

Si está surtiendo una receta a través de farmacias de CVS Caremark y se requiere una revisión de la cobertura, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar más información de la que aparece en la receta. Después de recibir la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con usted y su médico para confirmar si la cobertura se autorizó o no.

Si se autoriza la cobertura, recibirá su medicamento y simplemente pagará el copago o coseguro normal. Si no se autoriza la cobertura, CVS Caremark le enviará una notificación por correo, junto con su receta original si se envió por correo a la farmacia CVS Caremark.

Programa de Farmacia Especializada

Los [medicamentos especializados](#) son medicamentos que se usan para tratar afecciones complejas, como cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, síndrome de inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio.

CVS Caremark Specialty Pharmacy (una entidad dispensadora designada) es el proveedor de farmacia especializada preferido para TRS-ActiveCare. Para obtener una lista de los medicamentos que deben dispensarse mediante CVS Caremark Specialty Pharmacy, comuníquese con CVS Caremark Specialty Pharmacy al **1-888-265-7790**. Los medicamentos especializados que figuran en esta lista están sujetos a cambios.

En general, los medicamentos especializados no estarán cubiertos por ninguna farmacia, excepto CVS Caremark Specialty Pharmacy, independientemente de su necesidad médica, su aprobación o si el asegurado cuenta con una receta de un médico u otro proveedor. Sin embargo, en circunstancias limitadas, se puede permitir la cobertura a través de un proveedor alternativo. Las circunstancias incluyen:

- Medicamentos especializados que le facture un centro médico como parte de una estadía en un hospital como paciente internado*
- Medicamentos especializados que se le facturen como parte de una visita a la sala de emergencias*
- situaciones en las que Medicare es la aseguradora principal*
- Medicamentos especializados de distribución limitada, para los que CVS Caremark no cuenta con acceso al medicamento*
- Circunstancias en las que el cuidado en el hogar no es clínicamente apropiado (ya sea debido a la historia clínica del asegurado o debido a características del medicamento que requieren una manipulación especial) y un sitio de infusión alternativo (que sea apto para administrar el medicamento) no está

disponible para la coordinación de servicios dentro de un rango de proximidad razonable (30 millas o menos)**

* No se requiere la aprobación previa de CVS Caremark.

** El personal clínico de CVS Caremark evaluará la situación.

Es posible que se requiera autorización previa y una gestión de diseño de un plan de medicamentos especializados preferidos, independientemente del beneficio bajo el que se cubra el medicamento o la identidad del proveedor que administra el medicamento.

Además, en el caso de los medicamentos especializados designados cuya cobertura se permite de todas formas bajo el beneficio médico, es posible que se requiera una autorización previa del medicamento, de la dosis o de los centros donde puede recibir terapia de infusión en función de la necesidad médica, la idoneidad de la terapia y la seguridad para el paciente.

Programa de especialidad PrudentRx

CVS Health se asoció con PrudentRx para reducir los costos de las especialidades a través de una estrategia innovadora de diseño de planes de copago. PrudentRx está integrado a las operaciones de farmacia de medicamentos especializados de CVS como un tercero para asegurar una experiencia de miembro de primera calidad y sin fisuras para nuestros empleados. PrudentRx trabajará con usted y con el fabricante del medicamento para obtener ayuda de la tarjeta de copago cuando esté disponible y lo ayudará cuando las tarjetas de copago necesiten renovación. Incluso si su medicamento especializado no tiene tarjeta de copago, su gasto de bolsillo será de \$0 siempre que esté inscrito en el programa PrudentRx.

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

Todos los miembros elegibles se inscriben en el programa PrudentRx a través de un sencillo proceso de dos pasos:

- 1) El primer paso de inscripción ya está completo, ya que la información de miembro está archivada con PrudentRx y
- 2) Debe llamar a PrudentRx dentro de los 5 días laborales luego de que le hayan recetado su medicamento especial al 1-800-578-4403 para inscribirse en cualquier ayuda de copago disponible de los fabricantes de medicamentos.

Puede optar por no participar en el programa y debe llamar al 1-800-578-4403 para cancelar la suscripción. Algunos fabricantes requieren que usted se inscriba para aprovechar la asistencia de copago que ellos proveen para sus medicamentos. En ese caso, debe hablar con alguien en PrudentRx llamando al 1-800-578-4403 para proporcionar cualquier información adicional necesaria para inscribirse en el programa de copago. PrudentRx también se comunicará con usted si tiene que inscribirse en la asistencia de copago para cualquier medicamento que tome. Si no devuelve la llamada, opta por 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 coseguro del 30% de los medicamentos especializados que sean elegibles para el programa PrudentRx.

Beneficio de asistencia en el copago para medicamentos especializados

Algunos medicamentos especiales pueden ser elegibles para programas de asistencia de copagos de terceros que podrían reducir los costos imprevistos de dichos productos. Si usa asistencia de copagos de terceros para los medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante.

Gestión de centro de atención y enfermería para infusión de CVS Caremark para medicamentos especializados

Los servicios de enfermería para infusión para medicamentos especializados seleccionados que se administran en el hogar o en un centro de infusión para pacientes no hospitalizados están cubiertos por el beneficio de la farmacia y se coordinan y dispensan mediante CVS Caremark Specialty Pharmacy. En el caso de medicamentos especializados no oncológicos que se administran por infusión y requieran la administración por parte de un profesional médico, una enfermera del equipo de cuidado de CVS Caremark trabajará con usted y su proveedor para evaluar su historial clínico y determinar las opciones clínicamente adecuadas (ubicación para la infusión) para medicamentos especializados que deben ser infundidos por un profesional médico. Las opciones pueden incluir hogar, centro de infusión para pacientes no hospitalizados, consultorio médico, etc. las enfermeras del equipo de cuidado CVS Care se comunicarán con los asegurados afectados para brindar asistencia y orientación. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio. Si solicita medicamentos especializados a través de CVS Caremark, puede recibir:

- Acceso gratuito a farmacéuticos y personal de enfermería capacitados en la especialidad las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- entrega de sus medicamentos dentro de los Estados Unidos, en un día programado, de lunes a viernes, sin cargo adicional:
- La mayoría de los suministros, como agujas y jeringas, se suministran con los medicamentos
- Comprobaciones de seguridad para ayudar a evitar posibles interacciones entre medicamentos
- Recordatorios de resurtido
- Monitoreo de salud y seguridad
- hasta un suministro de 90 días de su medicamento especializado sujeto a un copago/deducible/coseguro aplicable.

Coordinación de Beneficios (COB, en inglés)

TRS-ActiveCare/CVS Caremark ofrece Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) como parte de su plan. Existen dos opciones para el pago de reclamaciones.

Envío de reclamación en papel

Bajo este programa, puede presentar una reclamación en papel a CVS Caremark, junto con una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) del pagador principal o un recibo por gastos de bolsillo. CVS Caremark luego le reembolsa el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura.

Envío de reclamación electrónica (solo comerciales)

En el momento de la compra, la farmacia envía de forma electrónica una reclamación secundaria al sistema de procesamiento de reclamaciones de CVS Caremark en tiempo real por el saldo no pagado por el pagador principal. Luego, CVS Caremark le reembolsará a la farmacia el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura. En ese caso, usted es responsable del pago del saldo impago.

Si no hubo otra cobertura, el beneficio secundario no será más que su beneficio en virtud de TRS-ActiveCare. Por ejemplo: si pagó \$30 conforme al plan principal, pero su copago de TRS-ActiveCare hubiera sido de \$20, CVS Caremark le reembolsará \$10 como beneficio secundario. Si su copago principal es de \$15, CVS Caremark no paga ningún beneficio secundario porque usted hubiera pagado \$20 en ausencia de cualquier otra cobertura. Las reclamaciones se pagan o rechazan en función de las reglas del plan.

Exclusiones del plan para medicamentos con receta

Gastos no cubiertos

Si la no cobertura de algún gasto es contraria a una ley por la que se rige el plan, la estipulación se cambia automáticamente para cumplir con el requisito mínimo de la ley. No se realizará ningún pago en ninguna parte del plan para lo siguiente:

- Medicamentos que se pueden comprar sin una receta médica, también llamados medicamentos de venta libre (OTC, en inglés); comuníquese con CVS Caremark para obtener una lista de excepciones
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de apoyo y otros dispositivos no médicos
- medicamentos que deben ser entregados o tomados por el participante del plan, parcialmente o en su totalidad, mientras el participante del plan sea paciente en un hospital, una residencia de reposo, sanatorio, centro de atención médica a largo plazo, hospital de convalecencia, hogar de servicios de enfermería o una institución similar que opera en sus instalaciones un centro para surtir productos farmacéuticos
- Medicamentos en fase de investigación o experimentales; incluidos los medicamentos compuestos para uso no aprobado por la FDA
- Recetas médicas que un participante del plan tiene derecho a recibir sin cargo conforme a cualquier ley de compensación de trabajadores o cualquier programa municipal, estatal o federal
- Estimulantes del crecimiento del cabello
- Medicamentos recetados para eliminar o reducir las arrugas en la piel
- Medicamentos de fertilidad
- Suministros para estomas
- Productos de fluoruro tópicos
- Hormonas de crecimiento, a menos se cuente con autorización previa
- Inyectables (comuníquese con CVS Caremark para obtener una lista de excepciones)
- Cargos por administración o inyección de cualquier medicamento (excepto algunas vacunas)
- Productos de plasma o sangre (excepto factores de hemofilia)
- Cualquier receta surtida por encima del número especificado por el médico o cualquier resurtido dispensado una vez transcurrido un año desde la receta original del médico
- Medicamentos con implicaciones cosméticas

Rechazos de reclamaciones y apelaciones

Con TRS-ActiveCare, tiene la opción de apelar determinaciones de cobertura adversas.

Revisión inicial

Reclamaciones no urgentes (antes y después del servicio)

Si envía una receta de un medicamento sujeto a alguna limitación (como una autorización previa, una terapia escalonada con medicamentos preferidos o limitaciones de cantidad), su farmacéutico le informará que se requiere una aprobación antes de que se pueda surtir la receta. El farmacéutico le dará a usted o a su médico un número gratuito para llamar. Si utiliza la farmacia CVS Caremark, se comunicarán directamente con su médico. CVS Caremark necesitará la siguiente información:

- El nombre del paciente
- El ID de empleado
- El número de teléfono
- El medicamento con receta por el cual se ha rechazado la cobertura de los beneficios
- El código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que corresponde la receta médica (y la explicación correspondiente para esos códigos)
- Cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación

Se le notificará la decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de una reclamación previa al servicio que no sea una reclamación de atención médica inmediata si CVS Caremark tiene información suficiente para decidir su reclamación. En el caso de reclamaciones posteriores al servicio, se le notificará la decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la reclamación posterior al servicio, siempre y cuando toda la información necesaria se haya proporcionado con la reclamación. Si recibe una determinación adversa sobre su reclamación, se le proporcionará una declaración por escrito en la que se explique el rechazo, con instrucciones sobre cómo apelar esa decisión.

Si CVS Caremark no cuenta con la información necesaria para completar la revisión, le notificaremos para solicitar la información faltante dentro de los 15 días a partir de la recepción de su reclamación previa al servicio y 30 días a partir de la recepción de su reclamación posterior al servicio. Tendrá 45 días para proporcionar la información.

Si toda la información necesaria se recibe dentro del plazo de 45 días, se le notificará la decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información o al final de ese período adicional. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su reclamación se considerará denegada y tendrá derecho a apelar, tal como se describe a continuación.

Reclamaciones urgentes (revisiones urgentes)

En el caso de una reclamación de atención médica inmediata, CVS Caremark le informará su decisión lo antes posible en un período de 72 horas después de la recepción de la reclamación, a menos que no haya información suficiente para revisarla. Si se necesita más información, CVS Caremark le informará en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su reclamación y le avisará que tiene 48 horas para enviar la información adicional. La información adicional debe presentarse en un plazo de 48 horas de la solicitud. Posteriormente, CVS Caremark le avisará de su decisión en un plazo de 48 horas luego de recibir la información. Si la información faltante no se recibe dentro de esas 48 horas, la reclamación se considera rechazada y usted tiene derecho a apelar.

Una reclamación de atención médica inmediata se define como una solicitud para tratamiento con respecto a la cual la aplicación de los períodos de tiempo para las determinaciones de atención médica que no es de urgencia podrían perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo; o, según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su reclamación.

Apelación de determinaciones adversas de beneficios

Apelación no acelerada

Si no está satisfecho con la decisión con respecto a su cobertura de beneficios o si recibe una determinación adversa de beneficios después de una solicitud de cobertura de una reclamación de beneficio de medicamentos con receta (incluida una reclamación que se considere rechazada porque la información faltante no se envió oportunamente), tiene derecho a apelar la determinación adversa de beneficios por escrito en un plazo de 180 días luego de la recepción del aviso de la decisión de cobertura inicial. La apelación puede iniciarla usted o su representante autorizado (como su médico). Para iniciar una apelación de cobertura, proporcione por escrito la siguiente información:

- Su nombre
- El número de asegurado de CVS Caremark
- El número de teléfono
- El medicamento con receta por el cual se ha rechazado la cobertura de los beneficios
- El código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que corresponde la receta médica (junto con la explicación correspondiente para esos códigos)
- Cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación

Esta información se debe enviar por correo a:

CVS Caremark
Departamento de Apelaciones
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Número de fax: 1-866-443-1172

Se le enviará una decisión con respecto a su solicitud por escrito dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito en el caso de reclamaciones previas al servicio o dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito en el caso de reclamaciones posteriores al servicio. El aviso incluirá información para identificar la reclamación involucrada; los motivos específicos de la decisión; pruebas nuevas o adicionales, si las hubiera, que CVS Caremark consideró en relación con su apelación; las estipulaciones del plan en las que se basa la decisión; una descripción de los procesos de revisión interna y externa aplicables; y la información de contacto de una oficina de asistencia al consumidor o defensor del consumidor, si los hubiera, que podría estar disponible para ayudarlo con los procesos de reclamaciones y apelaciones. Tiene derecho a una revisión imparcial y completa de su reclamación. Tiene derecho a revisar su archivo; derecho a recibir, cuando lo solicite y sin cargo, la información utilizada para revisar su apelación de segundo nivel; y derecho a presentar evidencia y testimonio como parte de su apelación. Si se recibe y se considera o emplea información nueva en la revisión de su apelación de segundo nivel, se le proporcionará dicha información junto con una oportunidad de responder antes de que se emita cualquier determinación adversa definitiva de esta apelación.

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

Si se rechaza su apelación de segundo nivel y usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de segundo nivel (es decir, su “determinación adversa de beneficios definitiva”), puede iniciar una revisión externa. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en la notificación de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Apelación acelerada (revisión urgente)

Tiene derecho a solicitar una apelación acelerada para una determinación adversa de beneficios (incluida una reclamación considerada denegada porque la información faltante no se envió oportunamente) si su situación es urgente. Una situación urgente es aquella en la que el período para las determinaciones de atención médica que no es de urgencia podría perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo, o, según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su reclamación. Las solicitudes de apelación acelerada pueden ser verbales o escritas. Su médico puede llamar al 1-866-443-1183 o enviar una solicitud por escrito a:

CVS Caremark
Departamento de Apelaciones
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Número de fax: 1-866-443-1172

Los médicos pueden enviar solicitudes de apelación acelerada llamando al número gratuito exclusivo para médicos al 1-866-443-1183.

En el caso de una apelación acelerada de cobertura que involucre atención médica inmediata, se le notificará la determinación del beneficio en un plazo de 72 horas luego de la recepción de su solicitud de apelación. La notificación incluirá información para identificar la reclamación involucrada; los motivos específicos de la decisión; pruebas nuevas o adicionales, si las hubiera, consideradas por CVS Caremark en relación con su apelación; las estipulaciones del plan en las que se basa la decisión; una descripción de los procesos de revisión interna y externa aplicables; y la información de contacto de una oficina de asistencia al consumidor o

defensor del consumidor, si los hubiera, que podría estar disponible para ayudarlo con los procesos de reclamaciones y apelaciones. Tiene derecho a una revisión imparcial y completa de su apelación. Tiene derecho a revisar su archivo; derecho a recibir, cuando lo solicite y sin cargo, la información utilizada para revisar su apelación; y derecho a presentar evidencia y testimonio como parte de su apelación. Si se recibe y se considera o emplea información nueva en la revisión de su apelación, se le proporcionará dicha información junto con una oportunidad de responder antes de que se emita cualquier determinación adversa definitiva de esta apelación. La decisión que se tome sobre su apelación acelerada será definitiva y vinculante. En la situación de atención médica inmediata, solo hay un nivel de apelación antes de la revisión externa.

Además, en situaciones urgentes, usted también tiene derecho a solicitar de inmediato una revisión externa urgente (acelerada) en lugar de esperar hasta que se haya agotado el proceso de apelaciones interno descrito anteriormente, siempre que presente su solicitud de apelación interna de la determinación adversa de beneficios al mismo tiempo que solicita la revisión externa independiente. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en la notificación de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Revisión externa independiente

Revisión externa de apelaciones

Por lo general, para ser elegible para una revisión externa independiente, tiene que agotar el proceso interno de revisión de reclamaciones descrito anteriormente, a menos que su reclamación y sus apelaciones no se hayan revisado de acuerdo con todos los requisitos legales relacionados con reclamaciones de beneficios de farmacia y apelaciones, o que se trate de una apelación acelerada. En el caso de una apelación acelerada, puede enviar su apelación a CVS Caremark, a la vez que solicita una revisión externa independiente, o bien puede enviar su apelación acelerada para la revisión externa independiente después de completar el proceso interno de apelación.

Para presentar una revisión externa independiente, CVS Caremark debe recibirla dentro de los 4 meses a partir de la fecha de la determinación adversa de beneficios (si la fecha que es de 4 meses a partir de esa fecha es sábado, domingo o día festivo, la fecha límite es el siguiente día laborable) en la siguiente dirección:

CVS Caremark
External Review Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Número de fax: 1-866-443-1172

Revisión externa no acelerada

Una vez que haya enviado su solicitud de revisión externa, CVS Caremark analizará su reclamación en un plazo de 5 días hábiles para determinar si es elegible para la revisión externa y, en un plazo de 1 día laborable a partir de su decisión, le enviará una carta para informarle si su solicitud ha sido aprobada para la revisión externa.

Si es elegible para una revisión externa, CVS Caremark asignará de forma aleatoria la solicitud de revisión a un IRO, recopilará la información de su apelación y la enviará al IRO en un plazo de 5 días hábiles. El IRO le notificará por escrito que se recibió la solicitud de revisión externa. La carta describirá su derecho a enviar información adicional para su consideración al IRO. Cualquier información adicional que envíe al IRO también se enviará a CVS Caremark para su reconsideración.

El IRO revisará su reclamación dentro de los 45 días calendario y le enviará a usted y a CVS Caremark un aviso de la decisión por escrito. Si no está satisfecho o no está de acuerdo con la decisión, su carta de determinación contendrá la información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguro de salud o de un defensor del consumidor.

Medicamentos genéricos alternativos frente a medicamentos genéricos equivalentes

Medicamentos genéricos

Un medicamento que por lo general se vende con el nombre de sus ingredientes activos (los productos químicos que lo hacen funcionar) en lugar de bajo el nombre de una marca. Un genérico suele ser mucho menos costoso que su alternativa de marca. Hay dos clasificaciones de medicamentos genéricos: los medicamentos genéricos equivalentes están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y contienen los mismos principios activos, y son equivalentes a sus homólogos de marca en cuanto a seguridad, fortaleza, rendimiento, calidad y dosificación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los EE. UU., cuyos ingredientes activos son diferentes de los de otro medicamento de marca.

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

Medicamentos preventivos

El plan cubre los siguientes medicamentos preventivos, tanto de prescripción (Rx) como de venta libre (OTC, en inglés), a un coseguro/copago de USD 0. Para recibir estos medicamentos en un coseguro/copago de \$0, debe tener una receta médica autorizada para el producto y debe ser surtida por una farmacia de la red minorista o por correo a través de la farmacia CVS Caremark. Consulte el siguiente cuadro para ver la lista de medicamentos preventivos cubiertos. Para obtener una lista más extensa de medicamentos preventivos, haga clic en la [lista exclusiva de medicamentos genéricos preventivos](#).

Categoría del medicamento	Los servicios	Genérico solamente	Límite de edad	Cantidad límite	Género
Aspirina: venta libre	Y	Y	≥45	100 unidades por surtido	N/A
Aspirina (81 mg solamente): venta libre	Y	Y	≥12	100 unidades por surtido	Solo mujeres
Suplementos de fluoruro: solo con receta	Y	N	≤5	N/A	N/A
Ácido fólico: venta libre	Y	Y	≤55	100 unidades por surtido	Solo mujeres
Medicamentos para dejar de fumar: con receta o de venta libre (se incluyen el atomizador nasal Nicotrol NS, el sistema de inhalación Nicotrol y Chantix)	Y	Y	N/A	Suministro de 168 días por año calendario para productos de reemplazo y medicamentos recetados	N/A
Anticonceptivos (orales): solo con receta	Y	N	N/A	N/A	Solo mujeres
Anticonceptivos (de emergencia): con receta o de venta libre	Y	N	N/A	N/A	Solo mujeres
Anticonceptivos (inyectables): solo con receta	Y	N	N/A	1 inyección cada 75 días o 4 inyecciones cada 300 días	Solo mujeres
Anticonceptivos (dispositivos implantables y anillos vaginales): solo con receta	Sí*	N	N/A	1 DIU cada 300 días; 13 anillos cada 300 días	Solo mujeres
Anticonceptivos (parche transcutáneo): solo con receta	Y	N	N/A	N/A	Solo mujeres
Anticonceptivos (métodos de barrera: diafragmas y capuchones cervicales): solo con receta	Y	N	N/A	1 por 300 días	Solo mujeres

Anticonceptivos (espermicidas de venta libre, condones femeninos): venta libre	Y	Y	N/A	N/A	Solo mujeres
Medicamentos para la preparación intestinal: solo con receta Marcas que se pueden pagar hasta que esté disponible un medicamento genérico	Y	N	50-74	N/A	N/A
Prevención principal del cáncer de mama	Sí**	Y	≥35	N/A	Solo mujeres

* = Puede estar cubierto como beneficio médico

** = Requiere la “excepción de servicio de prevención con copago cero para la prevención primaria de un diagnóstico de cáncer de mama”. Esta es una solicitud para permitir que un asegurado reciba Raloxifeno o Tamoxifen Citrato (solo productos genéricos) por un copago de \$0 si se utiliza para el diagnóstico de “Prevención principal del cáncer de mama”.

Para obtener información más específica sobre las opciones y limitaciones de la cobertura, comuníquese con el Servicio al Cliente de CVS Caremark.

Recursos y herramientas en línea de CVS Caremark

Su sitio web seguro para asegurados de CVS Caremark

El sitio web principal de CVS Caremark está disponible en www.Caremark.com. Ofrece los siguientes servicios:

- Recordatorios de resurtido
- Ver e imprimir su tarjeta de asegurado temporal
- Información de recetas
- Información sobre costos
- Historial de recetas médicas
- Realizar un seguimiento de su gasto en medicamentos con receta
- Ubicar las farmacias locales

CVS Caremark también tiene un sitio web específico para los planes TRS-ActiveCare:

Info.caremark.com/trsactivecare

En este sitio, puede verificar los costos de los medicamentos para las diferentes opciones de plan TRS-ActiveCare, acceder a la lista de medicamentos preventivos (solamente genéricos) para TRS-ActiveCare Primary, y ver si una farmacia está en la red de farmacias Retail-Plus.

Aplicaciones móviles de CVS Caremark

Descargue la aplicación móvil CVS Caremark® y administre sus medicamentos con receta desde cualquier lugar. Puede solicitar resurtidos, revisar los costos de los medicamentos, ver su tarjeta de asegurado para medicamentos con receta y buscar una farmacia de la red en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar la aplicación en su iPhone o teléfono Android.

