

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



2024-25

MANUAL DE BENEFICIOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1	Agotamiento.....	58
Beneficios dentro y fuera de la red.....	1	La interpretación de las disposiciones del plan del empleador.....	59
Información de contacto importante.....	2	GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS	60
Línea de ayuda de Servicio al Cliente.....	2	Gastos elegibles.....	60
Sitio web de BCBSTX.....	2	Copagos.....	60
PROGRAMA DE COBERTURA	3	Deducibles.....	61
Plan TRS-ActiveCare Primary.....	3	Gasto máximo de bolsillo.....	61
Plan TRS-ActiveCare Primary+.....	11	Cambios en los beneficios.....	62
QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS	21	Requisitos de los beneficios.....	62
Elegibilidad del empleado.....	21	SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA	63
¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?.....	21	Gastos de hospitalización.....	63
Dependientes elegibles.....	22	Gastos médico-quirúrgicos.....	63
Eventos especiales de inscripción/realización de cambios.....	23	Gastos de atención médica a largo plazo.....	66
Nuevo dependiente.....	23	Gastos de prestaciones especiales.....	67
Situaciones de elegibilidad especial.....	24	Servicios de salud mental.....	83
Pérdida de la cobertura.....	24	LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN	85
Retiro de la cobertura.....	25	DEFINICIONES	91
Hijos dependientes en custodia por orden judicial.....	25	DISPOSICIONES GENERALES	107
Otros dependientes en custodia por orden judicial.....	26	Agente de seguros.....	107
Fecha efectiva de la cobertura.....	27	Enmiendas.....	107
Cuándo finaliza la cobertura.....	33	Intereses de propiedad del Administrador de reclamaciones.....	107
Continuación de la cobertura de grupo (COBRA).....	35	Anti asignación y pago de beneficios.....	107
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	36	Responsabilidad de reclamaciones.....	107
Elegir un PCP.....	36	Servicios de protección contra robo de identidad.....	107
Su PCP.....	36	Medicare.....	108
Cómo Cambiar Su PCP.....	36	Relación con el participante/proveedor.....	108
Continuación de la atención médica.....	37	Pago en exceso.....	108
Cuando el especialista es su PCP.....	37	Rescisión.....	109
Disponibilidad de proveedores.....	37	Subrogación.....	109
Atención médica para pacientes hospitalizados por un médico que no es su PCP.....	37	Coordinación de beneficios.....	109
Comunicación con los proveedores.....	37	Termina la cobertura.....	113
Sus responsabilidades.....	38	Continuación de la cobertura de grupo - Federal.....	114
Negar un tratamiento.....	38	Cancelación.....	115
Tarjeta de asegurado.....	38	Género.....	115
Ejemplo de tarjetas de asegurado.....	39	Acceso al Área de Servicio Alternativa.....	115
Rembolso de las reclamaciones de los participantes.....	39	Acceso al Área de Servicio Alternativa por parte de los dependientes.....	116
Reclamación o reconsideración de beneficios.....	40	Error administrativo.....	116
Área de servicio.....	40	Plan completo.....	116
DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN	41	Fuerza mayor.....	116
Determinación de la utilización.....	41	Formulario o contenido del plan.....	116
Opción de revisión clínica recomendada.....	41	Incontestabilidad.....	116
Revisión de la duración de la hospitalización/servicio.....	44	Limitación de la responsabilidad legal.....	116
Revisión de la necesidad médica posterior al servicio.....	45	Aviso.....	117
No se ha obtenido una revisión clínica recomendada.....	46	Uso compartido de los datos del participante.....	117
PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES	47	Relación de las partes.....	117
Procedimientos para presentación de reclamaciones.....	47	Información y registros.....	117
Se requiere presentar reclamaciones.....	47	Subtítulos.....	118
Quién presenta una reclamación.....	47	ENMIENDAS	119
Dónde enviar los formularios de reclamación completos.....	47	Enmiendas en la Ley de No Sorpresas.....	120
Quién recibe el pago.....	48	AVISOS	124
Cuándo presentar una reclamación.....	48	Acuerdos entre planes para servicios fuera del área.....	125
Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX.....	48	Aviso sobre pagos que no aplican.....	128
Revisión de determinaciones sobre la reclamación.....	48	Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.....	129
Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones.....	52	Continuación de los derechos de cobertura conforme a COBRA.....	130
Criterios de revisión externa.....	55		
Revisión externa estándar.....	55		
Revisión externa acelerada.....	57		

LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL 133

SU PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA ... 134

<i>Plan TRS-ActiveCare Primary</i>	134
<i>Plan TRS-ActiveCare Primary+</i>	135
<i>Ejemplo de tarjetas de asegurado</i>	136
<i>Ahorre dinero en medicamentos con receta</i>	137
<i>Medicamentos genéricos y biosimilares</i>	137
<i>Exclusiones del plan para medicamentos con receta</i> ..	141
<i>Medicamentos preventivos de la ACA</i>	145
<i>Herramientas y recursos en línea de Express Scripts</i> ..	146

INTRODUCCIÓN

En este manual de beneficios, nos referimos a los distritos escolares públicos de Texas que participan en el Teacher Retirement System como su “*empleador*” y al Teacher Retirement System (TRS) como su “*grupo*”.

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

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

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

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

Beneficios dentro y fuera de la red

Beneficios dentro de la red

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

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

Solo los servicios que su PCP o BCBSTX realiza, receta, indica o autoriza por adelantado son beneficios incluidos en este *plan*. Las excepciones son la *atención médica de emergencia*, la *atención médica inmediata/urgente*, las *clínicas de salud en comercios locales* o los servicios con cobertura proporcionados a *participantes* femeninas, 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 de salud ginecológicas activas;
- diagnóstico, tratamiento y *referido* para cualquier enfermedad o condición de salud 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 personal de la salud al 1-866-355-5999.

BCBSTX y los *proveedores dentro de la red* no tienen ninguna responsabilidad financiera por ningún servicio que usted busque o reciba de cualquier centro o proveedor de servicios médicos fuera de la red, excepto 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 con cobertura que proporcionen *proveedores* fuera de la *red* cuando reciba *atención médica de emergencia*. Además, los *dependientes* por orden judicial que vivan fuera del *área de servicio* pueden usar *proveedores fuera de la red*.

Si los servicios con cobertura no están disponibles por parte de *proveedores dentro 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 fuera de la red*, si BCBSTX lo aprueba con antelación a la consulta.

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

- la solicitud tiene que ser de un *proveedor dentro 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 condición de salud;
- cuando BCBSTX haya autorizado un *referido* para un *proveedor fuera de la red*, BCBSTX le reembolsará al *proveedor fuera 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 con cobertura;
- 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 personales de la salud)	1-866-355-5999	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Sitios web	www.bcbstx.com/trsactivecare www.trs.texas.gov	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Línea de ayuda de Servicio al Cliente

Los guías personales de la salud pueden hacer lo siguiente:

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

Sitio web de BCBSTX

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

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

Todos los servicios con cobertura (excepto en caso de emergencias) tiene que proporcionarlos su *proveedor 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* femeninas 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/urgente y las clínicas de salud en comercios locales* 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 ley vigente.

Deducibles por año del plan

Por persona	\$2,500
Por familia	\$5,000

Gastos máximos de bolsillo por año del plan

Por persona	\$8,050
Por familia	\$16,100

Servicios profesionales

Proveedor de atención primaria (“PCP”): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$30 de <i>copago</i>
Proveedor especialista dentro de la red (“especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$70 de <i>copago</i>
Cirugía realizada en el consultorio del <i>médico</i>	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios para pacientes hospitalizados

Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
---	---

Servicios para pacientes ambulatorios

Cirugía para pacientes ambulatorios	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 ambulatorios

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 ambulatorios

Arteriografías, tomografía computarizada (CT, en inglés), resonancia magnética (MRI, en inglés), electroencefalograma (EEG, en inglés), mielografía, tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros servicios de radiografía	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	0% de <i>coseguro</i>
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes ambulatorios	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 medio de imágenes de la mama (incluidas las mamografías de diagnóstico, la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada)	El plan paga el 100%

Servicios de rehabilitación*

Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán a un máximo de 35 consultas	\$30 de <i>copago</i> independientemente de la especialidad del proveedor por fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, \$70 de <i>copago</i> en servicios quiroprácticos, 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>servicios de centros para pacientes ambulatorios</i> , según corresponda.
---	---

Servicios de atención en maternidad

Atención en maternidad	
Prenatal	\$30 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i>
Posnatal	\$30 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i>
Servicios para pacientes hospitalizados , por cada ingreso	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary

Servicios de atención en maternidad (continuación)

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 tenga cobertura de otro modo en Servicios anticonceptivos descritos en Servicios de atención médica preventiva

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

30% de *coseguro* después del *deducible* por Cirugía para pacientes ambulatorios, según corresponda.

Servicios para la infertilidad

- tratamiento de las condiciones de salud subyacentes/crónicas.

\$30 de *copago* para la consulta con el PCP o \$70 de *copago* para la consulta con 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 mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$30 de <i>copago</i>
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermedad mental grave	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>servicios de centros para pacientes ambulatorios</i> , según corresponda.
Servicios para el tratamiento de la dependencia química	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>servicios de centros para pacientes ambulatorios</i> , según corresponda.
Teladoc	\$0 de <i>copago</i> para la consulta de <i>salud mental</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 hospitalizados</i>). \$500 de <i>copago</i> , más 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.
Médico	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios de atención médica inmediata/urgente

Atención médica inmediata/urgente	\$50 de <i>copago</i> por consulta También pueden aplicarse cargos adicionales según se describe en <i>Servicios de laboratorio</i> y de <i>radiografía</i> para pacientes ambulatorios.
--	---

Clínicas de salud en comercios locales

Clínicas de salud en comercios locales	\$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 año del plan	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cuidados de hospicio, por consulta	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .
Atención médica en el hogar, por consulta, hasta 60 consultas por año del plan	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería de servicio privado	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary

Servicios de prevención

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Servicios de prevención (continuación)

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

Procedimientos quirúrgicos dentales

Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	<p>\$30 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i></p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes hospitalizados</i>, o</p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Cirugía para pacientes ambulatorios, según corresponda.</p>
--	---

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva (servicios con cobertura limitados)	<p>\$30 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i></p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en <i>servicios para pacientes hospitalizados</i>, o</p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Cirugía para pacientes ambulatorios, según corresponda.</p>
---	---

Cuidado de las alergias

Exámenes y evaluación	<p>\$30 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i></p> <p>30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> facturado sin una visita al consultorio</p>
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

Capacitación para el manejo personal de la diabetes, por cada consulta	\$30 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i>
Equipo 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>

Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos

Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos \$1,000 de cobertura máxima de por vida para pelucas necesarias como resultado de la pérdida de cabello debido a lesiones o al tratamiento de una enfermedad 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 afectado para cada <i>participante</i> de hasta 19 años, cada tres años, con reemplazos según haya <i>necesidad médica</i> o audiológica	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes ambulatorios.

Equipo médico duradero

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

Aparatos auditivos

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

Servicios para la audición y el habla

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

Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health

Médicos*: <ul style="list-style-type: none">• Teladoc• RediMD	\$12 de <i>copago</i> \$0 de <i>copago</i>
Salud mental: solo Teladoc (para participantes de 13 años o más)	\$0 de <i>copago</i>

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

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary

Blue Distinction Centers

Cirugía bariátrica *	30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> en servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios en un Blue Distinction Center+ \$5,000 de <i>copago</i> por procedimiento para honorarios del cirujano (el <i>copago</i> por los 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 para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados en un Blue Distinction Center+ 0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados en un Blue Distinction Center 30% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados <i>dentro de la red</i>

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

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 CON COBERTURA](#).

Todos los servicios con cobertura (excepto en caso de emergencias) tiene que proporcionarlos su *Proveedor 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 femeninas* pueden consultar a un ginecólogo/obstetra *dentro de la red* de su PCP para recibir diagnóstico y tratamiento sin un *referido* de su PCP. Las *clínicas de atención médica inmediata/urgente* y las *clínicas de salud en comercios locales* no requieren *referidos* de un PCP.

NOTA IMPORTANTE: Los *copagos* y los *coseguros* que se muestran a continuación indican el monto que usted debe pagar. Se expresan como una cantidad fija en dólares o un porcentaje del *monto permitido* y se aplicarán 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	\$2,400
Gastos máximos de bolsillo por año del plan	
Por persona	\$6,900
Por familia	\$13,800
Servicios profesionales	
Proveedor de atención primaria (“PCP”): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$15 de <i>copago</i>
Proveedor especialista dentro de la red (“especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio	\$70 de <i>copago</i>
(En vigencia a partir del 1.º de enero de 2024) Cirugía realizada en el consultorio del <i>médico</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios para pacientes hospitalizados	
Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios	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 ambulatorios	
Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, <i>sala de infusiones</i>	\$15 de <i>copago</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan TRS-ActiveCare Primary+

Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes ambulatorios

Arteriografías, tomografía computarizada (CT, en inglés), resonancia magnética (MRI, en inglés), electroencefalograma (EEG, en inglés), mielografía, tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros servicios de radiografía	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	0% de <i>coseguro</i>
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de laboratorio y radiografía – consultorio	0% de <i>coseguro</i>
Diagnóstico por medio de imágenes de la mama (incluidas las mamografías de diagnóstico, la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada)	El plan paga el 100%

Servicios de rehabilitación*

Terapias y servicios de rehabilitación; todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán a un máximo de 35 consultas	\$15 de <i>copago</i> independientemente de la especialidad del proveedor por fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, \$70 de <i>copago</i> en servicios quiroprácticos, 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes ambulatorios</i> , según corresponda.
---	--

Atención en maternidad y servicios de planificación familiar

Atención en maternidad	
Prenatal	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta a un <i>especialista</i>
Posnatal	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta a un <i>especialista</i>
Servicios para pacientes hospitalizados , por cada ingreso	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Atención en maternidad y servicios de planificación familiar (continuación)

<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>\$15 de <i>copago</i> para el PCP o \$70 de <i>copago</i> para el <i>especialista</i>, a menos que tenga cobertura de otro modo 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 para pacientes hospitalizados</i>, o</p> <p>20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Cirugía para pacientes ambulatorios</i>, según corresponda.</p>
<p>Servicios para la infertilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de las condiciones de salud subyacentes/crónicas. 	<p>\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con 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 mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15 de <i>copago</i>
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	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 para pacientes hospitalizados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes ambulatorios</i> , según corresponda.
Servicios para el tratamiento de la dependencia química	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios de centros para pacientes ambulatorios</i> , según corresponda.
Teladoc	\$0 de <i>copago</i> para la consulta de <i>salud mental</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 hospitalizados</i>). \$500 de <i>copago</i> , más 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios prestados en una sala de emergencias independiente.
Médico	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

Servicios de atención médica inmediata/urgente

Atención médica inmediata/urgente	\$50 de <i>copago</i> por consulta También pueden aplicarse cargos adicionales según se describe en <i>Servicios de laboratorio</i> y de radiografía para pacientes ambulatorios.
--	--

Clínicas de salud en comercios locales

Clínicas de salud en comercios locales	\$15 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 de hospicio, por consulta	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .
Atención médica en el hogar, por consulta, hasta 60 consultas por <i>año del plan</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería de servicio privado	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan TRS-ActiveCare Primary+

Servicios de prevención

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

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>; 	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>	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con 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); 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<ul style="list-style-type: none"> ultrasonografía. 	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>	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i>
Examen de cáncer de próstata para los <i>participantes</i> de 45 años o más, o de 40 años con antecedentes familiares, una vez por <i>año del plan</i>	El plan paga el 100%

Procedimientos quirúrgicos dentales

Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Cirugía para pacientes ambulatorios, según corresponda.
--	---

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva (servicios con cobertura limitados)	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con un <i>especialista</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> , o 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Cirugía para pacientes ambulatorios, según corresponda.
---	---

Cuidado de las alergias

Exámenes y evaluación	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con 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	\$15 de <i>copago</i> para la consulta con el PCP o \$70 de <i>copago</i> para la consulta con 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>

Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos

Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos \$1,000 de cobertura máxima de por vida para pelucas necesarias como resultado de la pérdida de cabello debido a lesiones o al tratamiento de una enfermedad. Dos (2) pares de calzado terapéutico por año del plan, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes Implantes cocleares Límite de uno (1) por oído afectado para cada <i>participante</i> de hasta 19 años, cada tres años con reemplazos según haya <i>necesidad médica</i> o audiológica.	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> También se podría aplicar cualquier cargo adicional según se describe en Cirugía para pacientes ambulatorios.
--	---

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> de 19 años o más)	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 telesalud a través de TRS Virtual Health

Médicos*: <ul style="list-style-type: none"> • Teladoc • RediMD Salud mental: solo Teladoc (para participantes de 13 años o más)	\$12 de <i>copago</i> \$0 de <i>copago</i> \$0 de <i>copago</i>
--	---

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

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

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 hospitalizados y pacientes ambulatorios 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 para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados en un Blue Distinction Center+ 0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados en un Blue Distinction Center 20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por Servicios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados <i>dentro de la red</i>

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

Centros designados de Blue Distinction Center+ para cirugía bariátrica

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

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

PROGRAMA DE COBERTURA *Plan TRS-ActiveCare*

Elegibilidad del dependiente

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

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

Condiciones de salud preexistentes

Las condiciones de salud preexistentes tienen cobertura inmediatamente

QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS

Elegibilidad del empleado

¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Para ser elegible para TRS-ActiveCare, usted:

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

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

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

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

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

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

Un empleado a tiempo parcial es una persona que:

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

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

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

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

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

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

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

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

Aplazamiento de verano

Bajo la Sección 22.004(k) del Código de Educación de Texas, un empleado que participa en TRS-ActiveCare tiene derecho a seguir participando en TRS-ActiveCare si renuncia después de finalizado el año escolar. TRS-ActiveCare aplicará la Sección §41.38 de las 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 negar la cobertura de TRS-ActiveCare durante el resto del año del plan.

Dependientes elegibles

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

Los *dependientes* elegibles incluyen los siguientes:

- un cónyuge, incluido un cónyuge de hecho (este no es considerado elegible, a menos que se haya presentado una Declaración de matrimonio informal ante un organismo gubernamental autorizado);
- un *hijo* menor de 26 años de edad, que sea uno de los siguientes:
 - a. un *hijo* natural;
 - b. un *hijo* adoptivo o un *hijo* que se designó legítimamente para la adopción legal;
 - c. un hijastro;
 - d. un menor bajo custodia provisional (foster child);
 - e. un *hijo* bajo la tutela legal del empleado.
- un nieto* menor de 26 años de edad cuya residencia principal es el hogar del empleado y que es *dependiente* del empleado a fines de impuestos federales sobre los ingresos para el año reportado en el que la cobertura del nieto está vigente.
*Para los fines de elegibilidad del *dependiente* en TRS-ActiveCare, un nieto que no entre en la definición anterior no se considera un hijo;
- “cualquier otro *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 *dependientes* de 18 años de edad o más;

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

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

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

Eventos especiales de inscripción/realización de cambios

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

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

Si usted o un dependiente tiene un evento especial de inscripción conforme a la ley vigente, puede cambiar las opciones del plan cuando se ejerza un derecho de inscripción especial. Los cambios en el *plan* también están permitidos si recibe una orden judicial o un aviso de asistencia médica nacional para proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente, o si usted o un dependiente pierden cobertura porque ya no viven, trabajan o residen en un área de servicio de una HMO.

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

¿Qué es un evento especial de inscripción?

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

Nuevo dependiente

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

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

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

¿Se puede agregar dependientes durante el año del plan?

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

Situaciones de elegibilidad especial

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

Pérdida de la cobertura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Retiro de la cobertura

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

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

Hijos dependientes en custodia por orden judicial

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

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

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

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

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

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

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

Otros dependientes en custodia por orden judicial

Una orden judicial o un aviso nacional de manutención médica que ordena a un empleado a proporcionar cobertura médica para un excónyuge u otros *dependientes* que no sean hijos elegibles bajo las reglas de elegibilidad TRS-ActiveCare no exige que TRS-ActiveCare proporcione cobertura de dependiente como resultado de la orden judicial o el aviso nacional de manutención médica. Además, este tipo de orden judicial o aviso nacional de manutención médica no se considera un evento especial de inscripción para realizar cambios en el plan. Un excónyuge no es elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare, a menos que ya tenga cobertura como un [participante](#) de la continuación de COBRA.

Fecha efectiva de la cobertura

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

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
Nueva entidad		
El distrito/entidad comienza por primera vez su participación en TRS-ActiveCare el 1 de septiembre, y el empleado se inscribe para la cobertura durante la inscripción en verano.	1 de septiembre	1 de septiembre
El distrito/entidad comienza su participación en TRS-ActiveCare después del 1 de septiembre, y el empleado se inscribe para la cobertura.	La fecha en la que el distrito/entidad comienza por primera vez su participación en TRS-ActiveCare.	La misma fecha que la fecha efectiva de la cobertura del empleado. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>
Negación		
El empleado se inscribe para la cobertura durante el período de inscripción y originalmente ha negado la cobertura en TRS-ActiveCare.	1 de septiembre	1 de septiembre
Nuevas contrataciones		
Un nuevo empleado en un puesto con cobertura a través de TRS que es un asegurado de TRS en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para recibir cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que está laboralmente activo.	La elección del empleado entre: su fecha de trabajo activo, o el primer día del mes posterior a la fecha en que está laboralmente activo <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Las nuevas contrataciones tienen que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que se está laboralmente activo.</i>	La misma fecha que la fecha efectiva de la cobertura del empleado. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>
Una nueva contratación en un puesto sin cobertura a través de TRS que regularmente tiene programado trabajar 10 horas o más por semana en la fecha en que está laboralmente activo se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.	La elección del empleado entre: (1) su fecha de elegibilidad; (2) el primer día del mes posterior a la fecha de elegibilidad del empleado. <i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.</i>	La misma fecha que la fecha efectiva de la cobertura del empleado. <i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i>

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
<p>Puestos sin cobertura a través de TRS</p> <p>Un empleado en un puesto sin cobertura a través de TRS que trabaja menos de 10 horas programadas regularmente por semana pasa a ser empleado un puesto asegurado por TRS y se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que pasa a ser un empleado elegible.</p> <p>Nota: Si un empleado actual fuera un empleado de tiempo parcial elegible durante una oportunidad de inscripción para el 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>dependientes</i> elegibles en TRS-ActiveCare. Su oportunidad de inscripción de 31 días comenzará el primer día en que este empleado pase a ser un empleado de tiempo completo elegible. Esta oportunidad de inscripción existe incluso si anteriormente este empleado y nego la inscripción en TRS-ActiveCare durante el año del plan vigente.</p>	<p>La elección del empleado entre: (1) su fecha de elegibilidad; (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 efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha efectiva de la cobertura.</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i></p>
<p>Un empleado en un puesto sin cobertura a través de TRS que trabaja menos de 10 horas por semana comienza a trabajar 10 o más horas programadas regularmente por semana y se inscribe para la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que pasa a ser un empleado elegible.</p>	<p>La elección del <i>empleado</i> entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su fecha de elegibilidad; • el primer día del mes posterior a la fecha de elegibilidad del <i>empleado</i>. <p><i>La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha de elegibilidad.</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha efectiva de la cobertura.</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i></p>
<p>Pérdida de elegibilidad debido a un cambio de dirección</p> <p>El empleado está inscrito en un HMO aprobado y pierde la elegibilidad debido a que ya no vive, trabaja ni reside en el área de servicio de ese HMO, el empleado puede inscribirse en otro HMO aprobado (si corresponde) o plan de TRS-ActiveCare en un plazo de 31 días después de perder la elegibilidad.</p>	<p>El primer día del mes posterior a la fecha del evento.</p>	<p>La misma fecha que la fecha efectiva de la cobertura del empleado.</p> <p><i>En ningún caso la cobertura del dependiente comenzará antes de la fecha efectiva del empleado.</i></p>

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
-------	-----------------------	--

Fuerzas armadas

El empleado regresa del servicio militar y se inscribe (o se vuelve a inscribir) en TRS-ActiveCare en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.
Si el empleado regresa al empleo activo dentro del mismo [año del plan](#) y decide volver a inscribirse en TRS-ActiveCare, tiene que seleccionar la misma opción de plan en la que se inscribió anteriormente.

La elección del *empleado* entre:
 (1) la fecha en que está laboralmente activo;
 (2) el primer día del mes posterior a la fecha en que el *empleado* está laboralmente activo.

La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.

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

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

Licencia sin pago

El empleado regresa del estado de licencia sin pago y se inscribe (o se vuelve a inscribir) para la cobertura en un plazo de 31 días posteriores a la fecha en que está laboralmente activo.
Si el empleado regresa al empleo activo dentro del mismo año del plan y decide volver a inscribirse en TRS-ActiveCare, tiene que seleccionar la misma opción de plan en la que se inscribió anteriormente.

La elección del *empleado* entre:
 (1) la fecha en que está laboralmente activo;
 (2) el primer día del mes posterior a la fecha en que el *empleado* está laboralmente activo.

La prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. El empleado tiene que elegir la fecha efectiva de la cobertura en un plazo de 31 días después de la fecha en que está laboralmente activo.

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

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

Si...

Su fecha efectiva es:

La fecha efectiva de su dependiente elegible es:

Recién nacido/adopción/tutor legal

Si un empleado con cobertura 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 *dependientes* elegibles. Sujeto a la ley vigente, el cónyuge y otros *dependientes* elegibles solo se pueden agregar en un plazo de 31 días después de la fecha de nacimiento del recién nacido.

La fecha de nacimiento del recién nacido. Si solo inscribe al recién nacido, no se aplica la prima el primer mes calendario si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes. Si inscribe a cualquier otro *dependiente* elegible, la prima se factura por el mes completo en el que comienza la cobertura. Por ejemplo: el empleado agrega a un hijo (sin cambio de plan); el hijo nació el 5 de marzo. La fecha efectiva es el 5 de marzo y la prima comienza (si corresponde) el 1 de abril.

El empleado agrega a un hijo (cambio de plan); el hijo nace el 5 de marzo. La fecha efectiva es el 5 de marzo en la cobertura vigente.

El cambio de *plan* y la nueva prima entran en vigencia el 1 de abril.

El empleado no agrega a un hijo (solo los primeros 31 días); el 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 proporciona cobertura automáticamente para un hijo recién nacido de un empleado con cobertura durante los primeros 31 días después de la fecha de nacimiento, pero esta cobertura termina, a menos que el recién nacido sea agregado a la cobertura del empleado dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento del recién nacido.

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

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

Si...	Su fecha efectiva es:	La fecha efectiva de su dependiente elegible es:
<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; • empleado y cónyuge; • empleado e hijos elegibles del cónyuge; • empleado, cónyuge e hijos elegibles del cónyuge. <p><i>También puede agregar en este momento a otros dependientes elegibles.</i></p>	El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio.	El primer día del mes posterior a la fecha del matrimonio.
Situaciones especiales de inscripción		
Un empleado recibe una carta de notificación de inscripción en el seguro de la agencia de Texas Health and Human Services, con respecto a su elegibilidad para HIPAA y elige inscribirse dentro de los 60 días posteriores a la fecha de elegibilidad.	El primer día del mes posterior a la fecha de la carta de notificación.	El primer día del mes posterior a la fecha de la carta de notificación.
El empleado realiza cambios en la cobertura debido a otros eventos especiales de inscripción en un plazo de 31 días posteriores al evento elegible.	El primer día del mes posterior a la fecha del evento.	El primer día del mes posterior a la fecha del evento.

Notifique inmediatamente a su Administrador de beneficios para:

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

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

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura para empleados de TRS-ActiveCare finalizará:

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

La cobertura de un dependiente finalizará:

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

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

A menos que esté limitado debido a la participación en un plan “cafetería” de la Sección 125 del Código de Impuestos Internos, un empleado puede retirarse de toda la cobertura o de la cobertura del dependiente. Si la cobertura se deja durante el [año del plan](#), la persona no podrá volver a inscribirse en TRS-ActiveCare hasta el próximo período de inscripción en el plan, a menos que exista un evento especial de inscripción.

Nota: Usted no puede elegir retirarse de la cobertura retroactivamente; se requiere una fecha de cancelación futura.

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

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

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

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

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

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

Continuación de la cobertura de grupo (COBRA)

Consulte la subsección [Continuación de cobertura de grupo: federal](#) en este manual de beneficios para obtener información adicional.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Elegir un PCP

En el momento de la inscripción, tiene que elegir un *proveedor de atención 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 *dependientes* se inscriben, usted y sus *dependientes* tienen que escoger un PCP del directorio de *proveedores dentro de la red* para recibir los servicios con cobertura.

Para obtener la lista vigente de *proveedores dentro de la red*, visite el sitio web en www.bcbstx.com/trsactivecare. También puede comunicarse con su guía personal de la salud 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 limitada de proveedores

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

Su PCP de la *red limitada de proveedores* también puede recomendarles a *proveedores* dentro 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 limitada de proveedores* 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 limitada de proveedores* estarán identificados en el directorio de *proveedores*, o puede llamar a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Los *participantes* que han sido diagnosticados con una enfermedad crónica, incapacitante o que pone en riesgo la vida 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 dirigirse a *proveedores dentro 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 sin cobertura, el costo completo de estos servicios sin cobertura 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 vigencia hasta el primero del mes siguiente.

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

En el caso de la rescisión de un *proveedor dentro 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 dentro de la red* que la rescisión es inminente. Algunas circunstancias especiales pueden hacer que usted sea elegible para seguir recibiendo tratamiento de un *proveedor dentro de la red* después de la fecha efectiva de la rescisión, que se describe con detalle en **Continuación de la atención médica**.

Continuación de la atención médica

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

- usted tiene una discapacidad, condición de salud aguda, enfermedad que pone en riesgo la vida 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 de salud 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 vigencia. Si su embarazo supera las 13 semanas en la fecha efectiva 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 pone en riesgo la vida, puede comunicarse con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999 para solicitar información para recibir la aprobación del Director Médico para escoger a un especialista *dentro de la red* como su PCP. El Director Médico va a solicitarle tanto a usted como al especialista *dentro 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 *dentro 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 negada, 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 vigencia de forma retroactiva. Como se utiliza aquí, "que pone en riesgo la vida" significa cualquier enfermedad o condición de salud 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* en particular. 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 dentro 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 *médicamente necesaria*.

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

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 disposición 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 *dependientes* con cobertura;
- 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 disposiciones del presente documento;
- usted está sujeto y tendrá que cumplir las normas y reglamentos de cada *proveedor* que le ofrece los beneficios.

Niega aceptar el tratamiento

Usted puede, por razones personales, negarse a aceptar procedimientos o tratamientos ofrecidos por un *proveedor dentro de la red*. Los *proveedores dentro 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 dentro 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 dentro 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 dentro 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 de salud bajo tratamiento.

Tarjeta de asegurado

La tarjeta de asegurado les indica a los *proveedores* que usted tiene derecho a los beneficios conforme al *plan de su empleador*. La tarjeta ofrece una manera práctica de proporcionar información importante específica de su cobertura, que incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- **su número de asegurado principal**
Este número de identificación único está precedido por un prefijo alfabético de tres caracteres que identifica a BCBSTX como su administrador de reclamaciones;
- **su número de grupo**
Este es el número asignado para identificar la *cobertura médica del empleador* a través de BCBSTX;
- **todo copago que pudiera aplicarse a su cobertura;**
- **números de teléfono importantes,**

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

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

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare Primary

			
Subscriber Name: Member Name Identification Number: T2U123456789		TRS-ActiveCare Primary	
Group Number: 385003 Coverage Date: 09/01/24	PCP/Specialist \$30/\$70 Urgent Care \$50 Emergency Room 30% after ded Free-Standing ER \$500 + ded + 30% Teladoc / RediMD \$12 / \$0		
PCP: First Last Name APN 999-999-9999 09/01/24 Referral Required AUFS			

		www.bcbstx.com/trsactivecare Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770	
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.			
Deductible Information Ind/Fam In Network \$2,500/\$5,000 Ind/Fam Out of Network Not Offered			
Out of Pocket Maximum Information Ind/Fam In Network \$8,050/\$16,100 Ind/Fam Out of Network Not Offered			
BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded			

TRS-ActiveCare Primary+

			
Subscriber Name: Member Name Identification Number: T2U123456789		TRS-ActiveCare Primary +	
Group Number: 385001 Coverage Date: 09/01/23	PCP/Specialist \$15/\$70 Urgent Care \$50 ER 20% after ded. Free-Standing ER \$500 + ded + 20% Teladoc / RediMD \$12 / \$0		
PCP: First Last Name MD 999-999-9999 09/01/23 Referral Required LOIF			

		www.bcbstx.com/trsactivecare Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770	
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.			
Deductible Information Ind/Fam In Network \$1,200/\$2,400 Ind/Fam Out of Network Not Offered			
Out of Pocket Maximum Information Ind/Fam In Network \$6,900/\$13,800 Ind/Fam Out of Network Not Offered			
BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded			

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

- el uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de asegurado emitidas para usted y para sus *dependientes* con cobertura incluye, entre otras, las siguientes acciones, cuando se realicen de manera intencional:
 - uso de la tarjeta de asegurado antes de la fecha efectiva de la cobertura;
 - uso de la tarjeta de asegurado después de su fecha de finalización de la cobertura conforme a su seguro de gastos médicos;
 - obtención de beneficios para personas sin cobertura en su seguro de gastos médicos;
 - obtención de beneficios sin cobertura en su seguro de gastos médicos.
- el uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo o de otra manera inapropiado de las tarjetas de asegurado por parte de cualquier *participante* puede provocar la aplicación de las siguientes sanciones, entre otras, a todos los *participantes* bajo su cobertura:
 - negación de beneficios;
 - cancelación de la cobertura en su seguro de gastos médicos para **todos** los *participantes* incluidos en su cobertura;
 - devolución de parte de usted o cualquiera de sus *dependientes* con cobertura de cualquier pago de beneficios realizado;
 - negación de la aprobación previa de servicios médicos para todos los *participantes* que reciben beneficios bajo su cobertura;
 - aviso a las autoridades correspondientes de potenciales violaciones de la ley o la ética profesional.

Rembolso de las reclamaciones de los participantes

No se espera 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 reembolso y, cuando el reembolso corresponda, el *proveedor* le hará dicho reembolso.

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 incluidos 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 incluidos.

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 niega total o parcialmente una reclamación o una solicitud de beneficios, recibirá una explicación por escrito del motivo de negar 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 personal de la salud 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 de la denegación siguiendo el proceso establecido en la sección **PROCEDIMIENTOS PARA REVISAR RECLAMACIONES Y APELAR DECISIONES**.

Área de servicio

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

DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Determinación de la utilización

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

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

Opción de revisión clínica recomendada

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

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

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

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

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

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

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

- si se traslada a otro centro o a una unidad especializada, o desde esta, dentro del centro;
- el siguiente tratamiento ambulatorio de *atención de salud mental, enfermedad mental grave y trastorno por consumo de sustancias*:
 - a. pruebas psicológicas o neuropsicológicas en algunos casos (BCBSTX notificará a su proveedor si se requiere autorización previa para estos servicios de pruebas);
 - b. análisis en salud mental (vea los detalles de la cobertura que se describen en los [Beneficios para el trastorno del espectro autista](#) en la sección **SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA** de este manual de beneficios);
 - c. terapia electroconvulsiva para pacientes ambulatorios;
 - d. programa intensivo para pacientes ambulatorios;
 - e. estimulación magnética transcraneal repetitiva.

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

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

Servicios de salud mental

Para una *admisión hospitalaria de emergencia para pacientes internados*, consulte la sección a continuación titulada *Revisión clínica recomendada para Admisiones hospitalarias de emergencia para pacientes internados*. Con el fin de recibir los máximos beneficios bajo este manual de beneficios, usted o su proveedor pueden presentar una *revisión clínica recomendada* opcional de admisiones de emergencia para *atención de salud mental/enfermedad mental grave, centros residenciales de tratamiento* y programas de hospitalización parcial. Blue Cross and Blue Shield of Texas obtendrá información sobre los servicios y puede analizar el tratamiento propuesto con su *proveedor de servicios de salud mental*.

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

- todos los tratamientos de salud mental/enfermedades mentales graves y trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados, incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en centros residenciales de tratamientos;
- si se traslada a otro centro o a una unidad especializada, o desde esta, dentro del centro.

Revisión clínica recomendada para admisiones hospitalarias de pacientes internados de emergencia

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

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

Después del horario hábil o durante los fines de semana, llame a su **guía personal de la salud** al número que figura en el reverso de su tarjeta de asegurado. Su llamada será grabada y se devolverá el próximo día hábil. Un enfermero de gestión de beneficios realizará un seguimiento con el consultorio de su *proveedor de servicios médicos*.

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

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

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

Revisión de la duración de la hospitalización/servicio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BCBSTX revisará la información presentada y le enviará una carta a usted y a la agencia o centro confirmando la *necesidad médica*. Si BCBSTX le ha notificado que los beneficios para el plan de tratamiento solicitado serán negados basándose en la información presentada, toda reclamación será negada.

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

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

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

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

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

Revisión de la necesidad médica posterior al servicio

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

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

No es garantía de pago

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

Solicitud de información adicional

El proceso de *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* puede requerir documentación adicional

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

No se ha obtenido una revisión clínica recomendada

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

- BCBSTX revisará la *necesidad médica* de su tratamiento o servicio antes de la determinación final de beneficios;
- si BCBSTX determina que el tratamiento o servicio no es *médicamente necesario* o es *experimental/investigativo*, se le podrían negar los beneficios.

PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES

Procedimientos para presentación de reclamaciones

Se requiere presentar reclamaciones

Formularios de reclamación

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

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

Quién presenta una reclamación

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

Proveedores con contrato

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

Reclamación presentada por el participante

Reclamaciones Médicas

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

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

Recuerde presentar los gastos de cada participante por separado, ya que todo copago, deducible, beneficio máximo y otras disposiciones se aplican a cada participante individualmente. Incluya facturas detalladas 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

Reclamaciones médicas

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

Quién recibe el pago

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

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

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

Pagos de beneficios a un custodio principal

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

- una orden judicial nombre a la tercera persona como custodio principal o custodio con derecho a visita de un hijo;
- BCBSTX todavía no haya pagado ninguna parte de la reclamación.

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

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

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

Cuándo presentar una reclamación

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

Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX

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

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

Revisión de las determinaciones de reclamaciones

Determinaciones de reclamaciones

Cuando BCBSTX recibe una reclamación correctamente presentada, tiene la autoridad y discreción según su seguro de gastos médicos de interpretar y determinar los beneficios de conformidad con las disposiciones del *plan*. BCBSTX recibirá y revisará las reclamaciones de beneficios y procesará con precisión las reclamaciones en conformidad con las prácticas administrativas y los procedimientos establecidos por escrito entre BCBSTX y 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 el plazo de los avisos requeridos y las extensiones, según el tipo de reclamación. Hay cuatro tipos de reclamaciones, definidos a continuación.

- **reclamación de atención médica inmediata/urgente** es cualquier Reclamación Previa al Servicio por beneficios de atención o tratamiento médico con respecto al cual la aplicación de períodos de tiempo regulares para tomar decisiones sobre reclamaciones de salud podría poner en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad del reclamante de recuperar la función máxima o, en opinión de un *médico* con conocimiento de la condición de salud del reclamante, lo sometería a un dolor severo que no puede controlarse adecuadamente sin atención o tratamiento;
- **reclamación previa al servicio** es cualquier reclamación no urgente de beneficios en la que los términos del plan de beneficios condicionan la recepción de estos beneficios a que se apruebe el beneficio antes de obtener atención médica;
- **reclamación concurrente** es una reclamación de un beneficio de salud que BCBSTX, después de haber aprobado previamente un curso de tratamiento continuo proporcionado durante un período o una cantidad específica de tratamientos, posteriormente reduce o finaliza la cobertura para los tratamientos (por un método que no sea la enmienda o la finalización del *plan*), o una solicitud para extender el curso del tratamiento más allá de lo que se aprobó anteriormente y que es una Reclamación de *atención médica inmediata/urgente*;
- **reclamación posterior al servicio** es cualquier otra reclamación de un beneficio por un servicio que se le ha proporcionado. Su reclamación tiene que estar en un formato aceptable para BCBSTX. Esta reclamación tiene que incluir todos los detalles del servicio recibido, incluido su nombre, edad, sexo, número de asegurado, nombre y dirección del *proveedor*, una declaración detallada del servicio prestado o entregado, la fecha del servicio, el diagnóstico, el cargo de la reclamación y cualquier otra información que BCBSTX pueda solicitar en relación con los servicios prestados a usted.

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

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

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

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

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

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

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

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

Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones

Procedimientos para apelar decisiones - Definiciones

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

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

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

Nota: Revisión interna acelerada de reclamaciones de atención médica inmediata/urgente

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

Cómo apelar una determinación adversa de beneficios

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

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

Si cree que BCBSTX negó 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 negación o negación 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 la negación o la negación parcial. Envíe su solicitud de apelación a la siguiente dirección:

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

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

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

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 la negación 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 personal de la salud al 1-866-355-5999.

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

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

	Reclamación de atención médica inmediata/urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación posterior al servicio
Fecha límite en la que un reclamante será notificado sobre la decisión de una apelación.	Lo antes posible considerando las exigencias médicas, pero no más de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión. Nota: La solicitud podrá presentarse por escrito o en forma oral.	A más tardar 30 días después de la recepción de la solicitud de revisión.	A más tardar 60 días después de la recepción de la solicitud de revisión.

Aviso sobre la determinación de la apelación

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

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

- el motivo de la determinación;
- una mención a las disposiciones de los *beneficios* con cobertura en las que se basa la determinación, y el criterio contractual, administrativo o de protocolo que sirvió de base para la determinación;
- información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha de servicio, el proveedor de atención médica, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de negación con sus significados y los estándares utilizados.
Tenga en cuenta que los códigos de diagnóstico/tratamiento con sus significados y los estándares empleados también están disponibles si 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 una negación 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 negación de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si se solicita) en dicho(s) idioma(s);
- en ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por BCBSTX;
- el derecho de solicitar, sin cargo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios;
- toda regla, guía, protocolo u otro criterio interno similar utilizado como base para tomar la determinación, o una declaración de que se proporcionará una copia de dicha regla, guía, protocolo u otro criterio similar, sin cargo alguno, si lo solicita;
- una explicación del criterio clínico o científico en el que se basa la determinación, o una declaración de que se proporcionará tal explicación sin cargo alguno, si lo solicita;
- una descripción del estándar que fue empleado para negar la reclamación y un diálogo sobre la decisión;
- información de contacto de la oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o del defensor del consumidor correspondiente.

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

Si necesita ayuda

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

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

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

Criterios de revisión externa

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

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

Revisión externa estándar

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

• Solicitud para un proceso de revisión externa

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

• Revisión preliminar

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

- a. usted tiene o tuvo cobertura conforme a su seguro de gastos médicos en el momento en que el artículo o servicio de atención médica fue solicitado o, en caso de una revisión retrospectiva, tuvo cobertura conforme a su seguro de gastos médicos en el momento en que el artículo o servicio de atención médica fue proporcionado;
- b. la Determinación Adversa de Beneficios o la Determinación Adversa de Beneficios Interna Final no se relaciona con su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad según los términos de su seguro de gastos médicos según lo determinado por su empleador o el plan (por ejemplo, clasificación del trabajador o determinación similar);
- c. usted ha agotado el proceso de apelación interno de BCBSTX, a menos que no se le exija que agote dicho proceso conforme a las regulaciones finales provisionales. Lea más adelante la subsección **Agotamiento** para obtener información adicional acerca del agotamiento del proceso de apelación interno;
- d. usted o su representante autorizado han aportado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

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

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

Cuando se complete una solicitud elegible para una revisión externa dentro del período indicado, BCBSTX asignará el asunto a una IRO. La IRO asignada será acreditada por la Comisión de Acreditación de Revisión de la Utilización (URAC, en inglés) o por una organización acreditadora similar reconocida a nivel nacional. Además, BCBSTX se asegurará de que la IRO sea imparcial e independiente. Por consiguiente, BCBSTX debe 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. Este aviso incluirá una declaración de que usted puede enviar por escrito a la IRO asignada, en el transcurso de 10 días hábiles después de la fecha de recepción del aviso, información adicional que la IRO tendrá que considerar cuando lleve a cabo la revisión externa. La IRO no está obligada a aceptar y considerar la información adicional enviada después del plazo de 10 días hábiles, pero puede hacerlo;
- c. en el plazo de cinco días hábiles después de la fecha de asignación de la IRO, BCBSTX tiene que proporcionar a la IRO asignada la documentación y toda información considerada para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final. Si BCBSTX no proporciona de manera oportuna la documentación e información, esto no retrasará la revisión externa. Si BCBSTX no proporciona oportunamente la documentación e información, la IRO asignada puede dar por terminada la revisión externa y decidir revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final. En el plazo de un día laborable tras haber tomado la decisión, la IRO tiene que notificárselo a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado;
- d. tras recibir cualquier información presentada por usted o su representante autorizado, la IRO asignada tiene que, en el plazo de un día laborable, reenviar la información a BCBSTX. Una vez recibida dicha información, BCBSTX puede reconsiderar la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte de BCBSTX no deberá retrasar la revisión externa. Se puede dar por finalizada la revisión externa como consecuencia de la reconsideración solo si BCBSTX decide, al completar su reconsideración, revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final y proporcionar cobertura o pago. En el plazo de un día laborable tras haber tomado la decisión, BCBSTX tiene que proporcionar un aviso escrito de su decisión a usted y a la IRO asignada. La IRO asignada debe dar por finalizada la revisión externa al recibir el aviso de BCBSTX;
- e. revisión de toda la información y documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la IRO asignada no estará sujeta a las decisiones o conclusiones de BCBSTX. Además de la documentación e información provistas, y en la medida en que la información o la documentación esté disponible y la IRO la considere apropiada, la IRO asignada considerará lo siguiente al tomar una decisión:
 - (1) sus expedientes médicos;
 - (2) la recomendación del profesional de la salud tratante;
 - (3) los informes de los profesionales de la salud apropiados y otra documentación presentada por BCBSTX, usted o su proveedor de servicios médicos;
 - (4) los términos y la cobertura de beneficios de su plan para garantizar que la decisión de la

- IRO no sea contraria a los términos de su seguro de gastos médicos, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable;
- (5) las guías de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y que pueden incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, las sociedades, consejos y asociaciones médicas nacionales o profesionales;
 - (6) los criterios de revisión clínica aplicables desarrollados y utilizados por BCBSTX, a menos que los criterios se contradigan con los términos de su seguro de gastos médicos o con la ley vigente;
 - (7) la opinión del revisor o los revisores clínicos de la IRO tras haber considerado la información descrita en este aviso en la medida en que la información o la documentación estén disponibles, y el o los revisores clínicos lo consideren adecuado.
- f. aviso por escrito de la decisión de revisión externa final, el cual se debe proporcionar en un plazo de 45 días después de que la IRO reciba la solicitud para una revisión externa. La IRO tiene que proporcionar el aviso de decisión de revisión externa final a BCBSTX y a usted o su representante autorizado;
- g. el aviso de decisión de revisión externa final incluirá lo siguiente:
- (1) una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, con información suficiente para identificar la reclamación (incluida la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, el monto de la reclamación [si corresponde], el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente y el motivo de la negación anterior);
 - (2) la fecha en que la IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
 - (3) referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar la decisión, incluidas las disposiciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia;
 - (4) una discusión del motivo o los motivos principales de la decisión, incluida la justificación de la decisión y los estándares basados en la evidencia utilizados al tomar su decisión;
 - (5) una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en 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, a menos que tal divulgación infrinja las leyes de privacidad estatales o federales, y por usted o su representante autorizado.

- **Reversión de la decisión del plan**

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

Revisión externa acelerada

- **Solicitud para una revisión externa acelerada**

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

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

- b. una Determinación adversa de beneficios interna final, si la determinación implica una condición médica suya por la cual el período de finalización de una revisión externa estándar pondría seriamente en riesgo su vida o su salud o su habilidad para recuperar la función máxima, o si la Determinación adversa de beneficios interna final está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención médica, estancia continua o un artículo o servicio de atención médica para los que haya recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.
- **Revisión preliminar**
Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, BCBSTX tiene que determinar si la solicitud cumple con los requisitos de revisión establecidos en la subsección **Revisión externa estándar** descrita anteriormente. BCBSTX tiene que enviarle de inmediato un aviso de su determinación de elegibilidad que cumpla con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**.
 - **Referencia a una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés)**
Tras una determinación de que una solicitud es elegible para una revisión externa después de la revisión preliminar, BCBSTX asignará una IRO de acuerdo con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**. BCBSTX tiene que proporcionar o transmitir a la IRO asignada toda la documentación e información necesarias consideradas para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final, de forma electrónica, por teléfono, fax o cualquier otro método acelerado disponible.
La IRO asignada, en la medida en que la información y la documentación estén disponibles y la IRO las considere apropiadas, tiene que considerar la información o documentos descritos anteriormente conforme a los procedimientos para una revisión estándar. Al tomar una decisión, la IRO asignada no está sujeta a las decisiones o conclusiones de BCBSTX.
 - **Aviso de decisión de revisión externa final**
La IRO asignada notificará la decisión de revisión externa final, de conformidad con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**, tan rápido como su condición de salud o las circunstancias lo requieran, pero en ningún caso en un plazo superior a 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, en el plazo de 48 horas tras la fecha en la que se proporcionó el aviso de forma verbal, la IRO asignada tiene que proporcionar una confirmación por escrito de la decisión a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado.

Agotamiento

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

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

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

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

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

La interpretación de las disposiciones del plan del empleador

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 disposiciones del *plan*.

El *plan* tiene todos los poderes y la autoridad necesarios o apropiados para controlar y gestionar el funcionamiento y la administración del *plan*, incluidos, entre otros, la elegibilidad de una persona para que cuente con cobertura del *plan* y cualquier exclusión de beneficios del plan.

Todas las facultades que ejerzan BCBSTX o 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 siguientes categorías de *gastos elegibles*:

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

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

Copagos

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

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

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

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

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

- cirugía realizada en el consultorio del *médico*;
- modalidades ocupacionales junto con fisioterapia;
- inyecciones contra alergias, facturadas por separado de la visita al consultorio;
- inyecciones terapéuticas;
- servicios proporcionados por un laboratorio independiente, *centro de diagnóstico por imágenes*, radiólogo, patólogo y anestesiólogo;
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios, tal como diálisis renal.

Si su **PROGRAMA DE COBERTURA** así lo muestra, se requerirá un *copago* por cada consulta en un centro de *atención médica inmediata/urgente*. Si después de haber obtenido estos servicios usted debe regresar a una visita al consultorio (por ejemplo, servicios de laboratorio) otro día, se requerirá un nuevo *copago*. Los servicios mencionados a continuación no son pagaderos bajo la disposición de este *copago*, pero se consideran como *gasto médico-quirúrgico*, indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**:

- cirugía realizada en un centro de *atención médica inmediata/urgente*;
- fisioterapia facturada por separado de una consulta de *atención médica inmediata/urgente*;
- modalidades ocupacionales junto con fisioterapia;
- inyecciones contra alergias, facturadas por separado de una consulta de *atención médica inmediata/urgente*;
- inyecciones terapéuticas;
- *ciertos procedimientos de diagnóstico*;
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios, tales como terapia de radiación, quimioterapia y diálisis renal.

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

Si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, se requerirá un *copago* por los cargos del centro para cada consulta hospitalaria para pacientes internados.

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

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

Si se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, se requerirá un *copago* por cada consulta en una sala de emergencias independiente.

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

Deducibles

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

Los *deducibles* se explican de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

Gasto máximo de bolsillo

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

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

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

Gasto máximo de bolsillo individual

Cuando el monto de *coseguro* para un *participante* es igual al "gasto máximo de bolsillo" "individual" que se muestra en 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 monto de *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 con respecto al *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 por *gastos elegibles* en los que se incurrió durante una admisión en un *hospital* u *otro centro proveedor de atención médica* que comienza antes del cambio serán los beneficios en vigencia el día de la admisión.

Requisitos de los beneficios

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

- tienen que ser *médicamente necesarios*;
- tienen que ser prestados, recetados, orientados o autorizados previamente por el PCP o BCBSTX;
- tienen que ser brindados por un *proveedor dentro 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](#);
- puede solicitar una *revisión clínica recomendada* opcional.

Los servicios y suministros proporcionados por *los proveedores fuera de la red* **no cuentan con cobertura**, excepto por los siguientes:

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

El servicio de auto referido a un *proveedor dentro de la red* no está **incluido** excepto para las *participantes* femeninas. Las *participantes* femeninas pueden acceder directamente a un obstetra/ginecólogo para los siguientes:

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

SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA

Gastos de hospitalización

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

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

Todos los *gastos de hospitalización del paciente internado*, excepto la *atención médica de emergencia* y el tratamiento del cáncer de mama, debe ser organizado por su médico de atención primaria (PCP). La atención para pacientes hospitalizados 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 fuera 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 post-estabilización en un hospital *fuera 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 dentro 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 incluirán los beneficios en el hospital *fuera de la red*.

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

Gastos médico-quirúrgicos

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

Nota: Los *gastos médico-quirúrgicos* están disponibles cuando los proporciona un *proveedor dentro de la red* y son recetados u organizados por su PCP.

Los *copagos* aplicables tienen que pagarse a su *proveedor dentro de la red* o a otros *proveedores dentro de la red* en el momento en que usted recibe los servicios.

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

Los *gastos médico-quirúrgicos* deberán incluir lo siguiente:

- servicios de *médicos y otros proveedores profesionales*;
- servicios de consulta de *médicos y otros proveedores profesionales*;
- servicios de un enfermero anesthesiólogo titulado (CRNA, en inglés);
- procedimientos de radiografía de diagnóstico y laboratorio;
- terapia de radiación.

- alquiler de equipo médico duradero requerido para uso terapéutico, a menos que los cargos de alquiler excedan el precio de compra, o la compra de dicho equipo sea requerida por su seguro de gastos médicos; el término “equipo médico duradero (DME)” 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 que no tienen cobertura incluyen, pero no están limitados a:

- a. aires acondicionados;
 - b. purificadores de aire;
 - c. humidificadores;
 - d. equipo para acondicionamiento físico;
 - e. equipo para baño con hidromasaje.
- en el caso de *atención médica de emergencia*, incluirá transportación de ambulancia terrestre o aérea al *hospital* más cercano que esté adecuadamente equipado y con el personal indicado para el tratamiento de la condición de salud del *participante*.

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

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

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

El transporte de ambulancia aérea que no es de emergencia significa que el transporte desde un departamento de emergencia de un *hospital*, un centro de atención médica o un entorno para pacientes internados a un centro con un nivel equivalente o superior de atención de condiciones de salud agudas, puede considerarse *médicamente necesario* cuando el *participante* requiere atención médica aguda para pacientes internados y los servicios no están disponibles en el centro médico de origen y no se puede realizar el transporte aéreo comercial ni dar un alta segura. Dicha transferencia debe realizarse al centro más cercano con capacidad para realizar los servicios médicamente necesarios que no estén disponibles en el centro de origen. Los servicios de transporte de ambulancia aérea que no es de emergencia proporcionados principalmente para la conveniencia del *participante*, la familia o los encargados de los cuidados de otra persona, el *médico* del *participante* o el centro médico que lo traslada, no se consideran *médicamente necesarios*.

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

- a. están autorizados por el PCP o BCBSTX;
 - b. la transportación en ambulancia es médicamente necesaria;
 - 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*;

- *aparatos prostéticos*, incluidos los remplazos que se necesitan por razones de crecimiento del *participante*;
- los soportes ortopédicos (es decir, un aparato ortopédico que se utiliza para apoyar, alinear o mantener las partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo lo siguiente:
 - a. aparatos ortopédicos rígidos para sostener el cuello, las piernas o la espalda;
 - b. yeso para tratamiento de cualquier parte de las piernas, los brazos, los hombros, las caderas o la espalda;
 - c. corsés para espalda y quirúrgicos especiales;
 - d. férulas, bragueros, vendajes y apósitos aplicados, ordenados o recetados por un *médico*, que están diseñados a medida para ayudar a la función de una articulación.
- *terapia de infusión en el hogar*;
- *terapia de infusión* para pacientes ambulatorios.

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

- servicios o suministros que el *participante* usa durante una consulta como paciente ambulatorio a un *hospital*, un *centro terapéutico* o un *centro de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias*, o servicios programados en la sala de tratamiento para pacientes ambulatorios de un *hospital*;
- *ciertos procedimientos de diagnóstico*;
- *servicios anticonceptivos para pacientes ambulatorios*, dispositivos anticonceptivos con receta médica y anticonceptivos femeninos de venta libre específicos aprobados por la FDA con una **receta médica por escrito** de un *proveedor* de atención médica a mujeres con capacidad reproductiva, como se muestra en **Beneficios para servicios de atención médica preventiva**.

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, condición o afección de salud, 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; el resto de la fórmula enteral no tiene cobertura;
- pelucas, cuando la pérdida de cabello se debe a lo siguiente:
 - a. lesión;
 - b. tratamiento de una enfermedad;
 - c. alopecia causada por la quimioterapia;
 - d. infecciones fúngicas;
 - e. lupus;
 - f. terapia de radiación.
- enfermería de servicio privado;
- acupuntura, en lugar de anestesia o para náuseas durante el embarazo.

Gastos de atención médica a largo plazo

Su seguro de gastos médicos también proporciona beneficios para *gastos de atención médica a largo plazo* tanto para usted como para sus *dependientes* asegurados. Consulte la sección sobre la [DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN](#) de este manual de beneficios para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Nota: Los *gastos de atención médica a largo plazo* están disponibles cuando son provistos por un *proveedor dentro de la red*, recetados u organizados por su PCP.

Como se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, su obligación de beneficios será la siguiente:

- en el porcentaje de beneficios de los “*Servicios de atención médica a largo plazo*”;
- hasta el número de días o consultas 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 máximos de las consultas incluidas como parte de sus beneficios también incluirán los beneficios proporcionados a un *participante* para *gastos de atención médica a largo plazo* conforme a un *plan* del *empleador* con BCBSTX inmediatamente antes de la *fecha efectiva* de la cobertura del *participante* en su seguro de gastos médicos.

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

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

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

- Para un *centro de enfermería especializada*:
 - a. toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero titulado (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - b. alojamiento y comida y todos los servicios de rutina, suministros y equipos que proporcione el *centro de enfermería especializada*;
 - c. servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia.
- Para la *atención médica en el hogar*:
 - a. atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de un enfermero titulado (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - b. servicios de asistencia médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
 - c. servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia;
 - d. suministros y equipos que la *agencia de atención médica a domicilio* proporciona de forma rutinaria.

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

 - a. comida o servicios de alimentos a domicilio;
 - b. trabajo social del caso o servicios domésticos;
 - c. servicios que se proporcionan principalmente para el cuidado personal no médico;
 - d. servicios de transportación;
 - e. terapia de infusión en el hogar;
 - f. equipo médico duradero.
- En cuanto a *cuidados de hospicio*:
 - a. *cuidados de hospicio* en el hogar:
 - (1) atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de un enfermero titulado (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - (2) servicios de asistencia médica de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
 - (3) servicios de terapia física, terapia del habla y para la respiración por parte de terapeutas

- con licencia;
- (4) servicios domésticos y de asesoramiento proporcionados de manera rutinaria por parte de la agencia de atención para pacientes terminales, que incluye asesoramiento por duelo para la familia.
- b. *cuidados de hospicio* en un centro:
- (1) toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero titulado (RN, en inglés), enfermero de práctica avanzada (APN, en inglés) o un enfermero vocacional con licencia (LVN, en inglés);
 - (2) alojamiento y comida y todos los servicios, suministros y equipo de rutina provistos por el centro de cuidados de hospicio;
 - (3) servicios de fisioterapia, terapia del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia.

Gastos de prestaciones especiales

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

Nota: Los gastos de disposiciones especiales están disponibles cuando son prestados por un *proveedor dentro de la red*, recetados u organizados por su PCP.

Beneficios para el tratamiento de complicaciones en el embarazo

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

Beneficios para la atención en maternidad

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

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

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

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

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

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

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

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

Los cargos de atención preventiva para bebés, incluido el examen inicial, de un hijo recién nacido durante la *admisión hospitalaria* de la madre para el parto se considerarán *Gastos de hospitalización*

del hijo y estarán sujetos a las disposiciones de beneficios como se describe en la sección **Gastos de hospitalización**. Los beneficios también estarán sujetos a todo monto de *deducible* indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Nota: No se requiere un *copago* o *coseguro* de *admisión hospitalaria* 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/coseguro* de *admisión hospitalaria* 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 antes del parto (cuidados prestados antes del parto), en el parto y posparto (cuidados prestados después del parto).

Atención médica antes del parto	<ul style="list-style-type: none"> • el historial inicial y posterior; • examen físico; • registro de peso; • presión arterial; • latidos cardíacos fetales; • análisis de orina químico de rutina; • consultas mensuales hasta las 28 semanas de gestación; • consultas quincenales en adelante hasta las 36 semanas de gestación; • consultas semanales en adelante hasta el parto.
Servicios de parto	<ul style="list-style-type: none"> • admisión en el hospital; • historial de admisión y examen físico; • manejo del trabajo de parto sin complicaciones; • parto vaginal (con o sin episiotomía, con o sin fórceps) o parto por cesárea.
Atención médica posparto	visitas al consultorio en un consultorio y en un hospital después de un parto vaginal o por cesárea.

Los siguientes servicios no están incluidos en la maternidad global:

- consulta inicial en un consultorio;
- sonogramas y ultrasonidos relacionados con la obstetricia;
- análisis de laboratorio;
- consultas no relacionadas con el embarazo;
- circuncisión;
- servicios facturados por *un médico* que no es el *médico* del parto/obstetra.

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

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

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

Los 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 condición de salud de emergencia.

Puede obtener *atención médica de emergencia*, incluidos el tratamiento y la estabilización de una condición de salud de urgencia que se originó en un centro *hospitalario* de emergencia o en un centro similar, de un proveedor *dentro o fuera 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/coseguro* y cualquier *deducible*, a menos que usted sea admitido como paciente hospitalizado directamente desde la sala de emergencias, en cuyo caso usted paga el monto para pacientes hospitalizados 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 negar 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 de salud, pero en ningún caso la aprobación o la negación 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 disposiciones que indiquen lo contrario en este *plan*, para la *atención médica de emergencia* brindada por *proveedores fuera 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 incluidos. 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/urgente

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

Los servicios de *atención médica inmediata/urgente* tienen cobertura cuando los proporciona un *proveedor de atención médica inmediata/urgente* para el tratamiento inmediato de una condición de salud que requiere atención médica oportuna, pero donde un breve lapso de tiempo antes de recibir los servicios no pone en peligro la vida o la salud permanente, y no requiere servicios de *atención médica de emergencia*.

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

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

Beneficios para clínicas de salud en comercios locales

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

Beneficios para pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares

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

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

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

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

Equipo médico duradero (DME, en inglés)

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

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

Algunos ejemplos de DME son:

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

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

Suministros para ostomías

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

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

Suministros médicos

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

- catéteres urinarios;
- suministros para el cuidado de heridas o apósitos proporcionados por un *proveedor* durante el tratamiento para los servicios de atención médica con cobertura;
- medias de compresión de calidad médica cuando se considere médicamente necesario.
Las medias deben ser recetadas por un *médico*, medidas individualmente y ajustadas al paciente.

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

Beneficios para servicios para la audición y el habla

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

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

Todos los pagos de beneficios realizados por BCBSTX para aparatos auditivos 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 *dependientes* hasta los 19 años de edad, cada tres años. La cobertura también incluye tratamientos relacionados, tales como servicios de habilitación y rehabilitación, servicios de suministro y ajuste y la entrega de moldes auditivos siempre que sea necesario para mantener el encaje óptimo de los dispositivos auditivos. Los componentes del implante pueden ser reemplazados según sea *médicamente necesario* o necesidad audiológica, cada tres años hasta la edad de 19 años de edad; esto incluye todos los componentes externos.

Beneficios para ciertas terapias para hijos con retrasos en el desarrollo

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

Las terapias incluyen las siguientes:

- evaluaciones y servicios de terapia ocupacional;
- evaluaciones y servicios de fisioterapia;
- evaluaciones y servicios de terapia del habla;
- evaluaciones nutricionales o alimenticias.

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

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

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

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

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

Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro autista

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

- Un *proveedor de atención médica*:
 - a. que esté certificado, tenga licencia o registro emitido por una agencia pertinente del estado de Texas;
 - b. cuya credencial profesional sea reconocida y aceptada por una agencia pertinente de los Estados Unidos;
 - c. que esté certificado como proveedor de servicios médicos bajo el sistema de salud militar TRICARE.

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

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

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

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

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

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

Beneficios para los exámenes de detección de discapacidad auditiva

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

- una prueba de detección de pérdida auditiva desde el nacimiento hasta que el hijo cumple 30 días de edad;
- atención de seguimiento de diagnóstico necesaria, relacionada con las pruebas de detección, desde el nacimiento hasta que el hijo cumple 24 meses.

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

Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

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

Nota: Los beneficios para *cirugía plástica, cosmética o reconstructiva* están disponibles cuando son recetados u organizados por el PCP.

Los servicios con cobertura comprenden los siguientes:

- tratamiento para la corrección de defectos debido a una *lesión accidental* que sufrió el *participante*;
- tratamiento proporcionado para una cirugía reconstructiva después de una cirugía de cáncer;
- cirugía realizada en un hijo recién nacido para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito;
- cirugía que se realice a un hijo *dependiente* asegurado (que no sea un hijo recién nacido) menor de 19 años para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito que no sea una condición de salud en las mamas;
- servicios y suministros para la mamoplastia de reducción cuando sea *médicamente necesario* y de conformidad con las guías de la póliza médica de BCBSTX;
- reconstrucción de la mama en la que se realizó una mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía;
- cirugía reconstructiva realizada a un hijo *dependiente* asegurado debido a anomalías craneofaciales para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Beneficios para servicios dentales

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

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

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

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

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 de servicios médicos dentro de la red*, o en un entorno para pacientes internados o no hospitalizados.

Beneficios para trasplante de órgano y tejido

- sujetos a las condiciones descritas a continuación, los beneficios para suministros y servicios con cobertura provistos a un *participante* por parte de un *hospital*, un *médico* u *otro proveedor* con relación a un trasplante de órgano o tejido, se determinarán de la siguiente manera, siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:
 - a. el procedimiento de trasplante no sea de naturaleza *experimental ni investigativa*;
 - b. se usen órganos o tejido humano donados o un dispositivo artificial aprobado por la FDA;
 - c. el destinatario es un *participante* bajo su seguro de gastos médicos;

- d. el *participante* cumple con todos los criterios establecidos por BCBSTX en las políticas médicas escritas correspondientes;
- e. el participante cumple todos los protocolos que establece el *hospital* en el que se realizó el trasplante.

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

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

Los beneficios estarán disponibles para los siguientes:

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

- los servicios y suministros con cobertura incluyen los servicios y suministros provistos para lo siguiente:
 - a. la evaluación de órganos o tejidos que incluye, entre otros, la determinación de compatibilidad de tejidos;
 - b. la búsqueda del donante y la prueba de compatibilidad de donantes vivos potenciales;
 - c. la extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o fallecidos;
 - d. el transporte y almacenamiento transitorio de los órganos o tejidos donados.
- no hay beneficios disponibles para un *participante* por los siguientes servicios o suministros:
 - a. gastos relacionados con el mantenimiento de la vida de un donante para propósitos de la donación de órganos o tejidos;
 - b. gastos de manutención o transporte de un receptor o un donante vivo;
 - c. compra del órgano o tejido;
 - d. órganos o tejido (xenoinjerto) obtenido de otras especies.
- se puede presentar una *revisión clínica recomendada* opcional para cualquier trasplante de órgano o tejido. Revise la sección **DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN** en este manual de beneficios para obtener información más específica sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.
 - a. BCBSTX asignará una duración de la hospitalización para la admisión. Si se solicita, la duración de la hospitalización puede extenderse si BCBSTX determina que la extensión es *médicamente necesaria*.
- no hay beneficios disponibles para ningún procedimiento de trasplante de órganos o tejidos (o los servicios realizados en preparación de o en combinación con dicho procedimiento) que BCBSTX considere que es *experimental o investigativo*.

Beneficios para el tratamiento de daño cerebral adquirido

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

- terapia de comunicación cognitiva: servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, incluida la comprensión, la lectura, la escritura y la expresión verbal de información;
- terapia de rehabilitación cognitiva: servicios diseñados para abordar actividades terapéuticas cognitivas, con base en una evaluación y comprensión de las deficiencias mentales y conductuales del paciente;
- servicios de reintegración comunitaria: servicios que facilitan la continuidad de la atención médica durante la transición a la comunidad de una persona afectada, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios u otros servicios de tratamiento de atención posaguda.

- análisis neuroconductual: 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 neurofisiológicas: evaluación de las funciones del sistema nervioso;
- tratamiento neurofisiológico: intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso;
- pruebas neuropsicológicas: administración de un conjunto integral de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, mentales y emocionales, así como sus relaciones con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central;
- tratamiento neuropsicológico: intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos cognitivos y del comportamiento;
- servicios de transición posaguda: servicios que facilitan la continuidad de la atención después de un traumatismo neurológico inicial mediante la rehabilitación y reintegración comunitaria, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios u otro tratamiento de atención posaguda. Esto incluirá cobertura por los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona asegurada conforme a este *plan* que:
 - a. ha desarrollado daño cerebral adquirido;
 - b. no ha respondido al tratamiento;
 - c. ha empezado a responder al tratamiento con posterioridad.
- pruebas psicofisiológicas: una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales y la conducta;
- tratamiento psicofisiológico: intervenciones diseñadas para aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso a factores conductuales o emocionales;
- reparación: procesos de reparación o mejora de una función específica.

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

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

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

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

Nota: Los beneficios para el tratamiento del *daño cerebral adquirido* están disponibles cuando lo receta o lo organiza el PCP o especialista.

Beneficios para el tratamiento de la diabetes

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

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

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

- Pueden tener cobertura las reparaciones y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina que no dispongan de garantía del fabricante o acuerdo compraventa, cuotas de alquiler para bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina, que no superen el precio de adquisición de una bomba de reemplazo similar.
- A medida que se disponga de equipos o suministros nuevos o mejorados para el tratamiento y la supervisión y que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), dichos equipos o suministros pueden tener cobertura si el *médico* tratante u *otro proveedor profesional* que emite la orden escrita para los suministros o el equipo determina que son *médicamente necesarios* y adecuados.
- *Es posible que se cubran los gastos médico-quirúrgicos* que se destinan al tratamiento nutricional, educativo y psicosocial del *participante elegible*. Los *Servicios de manejo de la diabetes* o *Capacitación para el manejo personal de la diabetes* que cuentan con una orden por escrito por parte de un *médico* u *otro proveedor de servicios médicos* para el *participante* o el cuidador del *participante* están limitados a lo siguiente cuando se proporcionen por un médico o bajo la dirección de un

médico.

Instrucción inicial y de seguimiento relativa a lo siguiente:

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

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

Un *participante elegible* significa una persona elegible para la cobertura bajo este *plan* y que ha recibido un diagnóstico de:

- diabetes con dependencia o no de la insulina;
- niveles elevados de glucosa en sangre por el embarazo;
- otra condición de salud relacionada con los 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 para una cantidad mayor que el número máximo de consultas (en un centro ambulatorio y/o consultorios combinados) que se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Todos los servicios facturados por un Quiropráctico se aplicarán al número máximo de consultas.

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

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

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

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

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

Nota: Los beneficios de los costos de rutina para 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 proporcionarán Servicios de atención médica preventiva para los siguientes servicios con cobertura:

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

Los servicios enumerados a continuación pueden incluir requisitos en conformidad con los mandatos reglamentarios estatales y deben ser incluidos 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 guías de USPSTF, CDC y HRSA y se implementarán por parte de BCBSTX en las cantidades y tiempos requeridos por la ley o las directrices normativas aplicables. Para obtener más información, puede acceder al sitio web en www.bcbstx.com/trsactivecare o comunicarse con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Los 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 incluidos 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 *fuera de la red* pueden estar sujetos a un monto de *copago*, monto de *coseguro*, *deducibles* o máximos en dólares, si corresponde.

Los siguientes son ejemplos de servicios con cobertura:

- exámenes físicos anuales de rutina;
- vacunas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos;
- exámenes preventivos para hijos;
- 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 consultas por *año del plan*);
- intervención para dejar de fumar (incluido un examen de detección de consumo de tabaco, asesoramiento y medicamentos aprobados por la FDA para dejar el tabaco);
- asesoramiento sobre alimentación saludable y examen de detección/asesoramiento para la obesidad (límite de 26 consultas por *año del plan* para participantes mayores de 22 años de edad; se pueden utilizar hasta 10 consultas para el asesoramiento sobre alimentación saludable; los participantes de 0 a 22 años de edad cuentan con cobertura al 100% de la cantidad aprobada sin un máximo).

Los siguientes son ejemplos de vacunas con cobertura:

- difteria;
- Haemophilus influenzae tipo b;
- hepatitis B;
- sarampión;
- paperas;
- tos ferina;
- poliomielitis;
- rubeola;
- tétanos;
- varicela y cualquier otra vacuna que exija la ley para un hijo.

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

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

- procedimientos de esterilización femenina;
- servicios anticonceptivos para pacientes ambulatorias;
- anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA con una receta médica por escrito de un proveedor de atención médica;
- métodos anticonceptivos especificados y aprobados por la FDA con una receta médica 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 tiene cobertura según este beneficio, consulte la página Servicios médicos preventivos para mujeres - Información sobre anticonceptivos ubicada en el sitio web en www.bcbstx.com/trsactivecare o comuníquese con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999. Algunos beneficios de anticonceptivos podrían tener cobertura por bajo el beneficio de medicamentos recetados de farmacia. La lista puede cambiar a medida que se modifican las directrices de la FDA y de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Conforme a esta disposición de beneficios, los beneficios no están disponibles para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que no estén incluidos en la página Servicios de Salud Preventiva para la Mujer: Información sobre Anticonceptivos. No obstante, usted puede tener cobertura conforme a otras secciones de este manual de beneficios, sujeta a cualquier *coseguro*, *deducible*, *copago* o límite máximo de beneficios que corresponda.

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

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

Beneficios para apoyo, servicios y suministros para la lactancia

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

Los beneficios incluyen la compra de extractores de leche manuales o eléctricos, accesorios y suministros. Los beneficios para los extractores de leche eléctricos tienen un límite de dos por *año del plan*. Los beneficios limitados también se incluyen para el alquiler exclusivo de extractores de leche de calidad *hospitalaria*, hasta el precio de compra de \$150.

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

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

Beneficios para mamografía de detección

Los beneficios están disponibles para una mamografía de detección de baja dosis para ver si hay presencia de cáncer de mama oculto para *participantes* de 35 años de edad o más, tal como se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**, a menos que los beneficios no estarán disponibles para más de una mamografía de detección de rutina por *año del plan*. La cobertura para una mamografía de detección para las *participantes* menores de 35 años de edad se basará en una necesidad médica. La mamografía de baja dosis incluye mamografía digital o tomosíntesis de mama.

Beneficios para la detección y la prevención de la osteoporosis

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

Persona elegible significa lo siguiente:

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

Beneficios para los exámenes de detección de cáncer colorrectal

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

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

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

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

Los beneficios están disponibles para ciertas pruebas de detección del virus de papiloma humano y cáncer cervical para cada mujer de 18 años de edad o más inscrita en su seguro de gastos médicos para una prueba anual de diagnóstico médicamente reconocida para la detección temprana de cáncer cervical 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 (FDA), sola o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus de papiloma humano.

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

Primero tiene que obtener un *referido* de su PCP para servicios de seguimiento relacionados con el tratamiento de una enfermedad o condición de salud 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 personal de la salud al 1-866-355-5999.

Beneficios para vacunas de la infancia

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

Los beneficios están disponibles para las siguientes vacunas:

- difteria;
- Haemophilus influenzae tipo b;
- hepatitis B;
- sarampión;
- paperas;
- tos ferina;
- poliomielitis;
- rubeola;
- tétanos;
- varicela y cualquier otra vacuna que exija la ley para un hijo.

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

Beneficios para la obesidad mórbida

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que incurra un *participante* por el tratamiento *médicamente necesario* de la *obesidad mórbida* se proporcionarán del mismo modo que para cualquier otra enfermedad. Los beneficios están disponibles para el asesoramiento sobre dietas saludables y la detección/asesoramiento sobre obesidad, como se muestra 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;
- exámenes anuales para la vista, limitados a una vez por año del plan.

Servicios de salud mental

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

Los beneficios para *gastos elegibles* en los que incurra por *atención de salud mental*, el tratamiento de una *enfermedad mental grave* y el tratamiento del trastorno por *consumo de sustancias* serán los mismos que los beneficios para el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Consulte la sección [DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN](#) para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

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

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

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

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

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

Blue Distinction Centers

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

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

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

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

Diferencia de beneficios de BDC y BDC+

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

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

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

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

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

LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN

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

- servicios o suministros que no sean médicamente necesarios ni esenciales para el diagnóstico o la atención y tratamiento directos de una enfermedad, lesión, condición de salud, enfermedad o disfunción corporal;
- servicios y suministros *experimentales/investigativos*;
- ninguna parte del cargo por un servicio o suministro que supere el *monto permitido* según lo determine BCBSTX;
- servicios o suministros provistos en relación con una enfermedad ocupacional o lesión sufrida en el ámbito y durante cualquier empleo, ya sea que se suministren los beneficios, o se puedan suministrar con la reclamación correspondiente, conforme a la ley de Indemnización Laboral;
- servicios o suministros para los cuales los beneficios se suministren, o puedan suministrarse con la reclamación correspondiente, conforme a 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 o *gastos médico-quirúrgicos* como parte de una póliza de seguro automotor contra accidentes o junto con esta;
- cualquier servicio o suministro para el cual un *participante* no está obligado a realizar el pago o para el cual un *participante* no tendría obligación legal de pagar en ausencia de esta o cualquier cobertura similar, excepto servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades mentales o discapacidades intelectuales proporcionados por una institución respaldada por impuestos de los Estados Unidos de América;
- servicio o suministro proporcionado por una persona que esté relacionada con el *participante* por sangre o matrimonio;
- servicios o suministros proporcionados para lesiones sufridas de la siguiente manera:
 - a. como resultado de guerra, declarada o no, o de cualquier acto de guerra;
 - b. en servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
- los cargos:
 - a. por no acudir a una consulta programada con un *médico* u *otro proveedor profesional*;
 - b. por completar formularios de seguro;
 - c. por obtener expedientes médicos.
- los cargos por alojamiento y comida en los que se incurra durante una *admisión hospitalaria* para los procedimientos de diagnóstico o de evaluación, que se pudieron haber realizado como paciente ambulatorio sin afectar negativamente la condición de salud física del *participante* o la calidad de la atención médica proporcionada;
- servicios o suministros proporcionados antes de que el paciente recibiera la cobertura como *participante* en virtud del presente documento, ni servicios o suministros proporcionados tras la finalización de la cobertura del *participante*;
- servicios o suministros proporcionados para los *servicios de nutrición*, excepto lo que pueda estar estipulado conforme a su seguro de gastos médicos para lo siguiente:
 - a. **servicios de atención médica preventiva** como se muestra en su [PROGRAMA DE COBERTURA](#);
 - b. un programa de evaluación nutricional para pacientes hospitalizados 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 prestaciones especiales**;
 - d. **beneficios para el tratamiento de la diabetes** según se describe en los **Gastos de prestaciones especiales**;

e. **beneficios para ciertas terapias para hijos con retrasos en el desarrollo** según se describe en los **Gastos de prestaciones especiales**.

- servicios o suministros proporcionados para el *cuidado personal no médico*;
- servicios o suministros no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o fisioterapia) o que no sean de diagnóstico (aparatos bucales, férulas dentales, ortesis bucal, dispositivos o prótesis) que se brindan para el tratamiento de la articulación temporomandibular (incluida la mandíbula y la articulación craneomandibular) y todos los músculos adyacentes o relacionados;
- artículos con *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurra por tratamientos y atención dental, cirugía dental o aparatos dentales, excepto a lo que se establezca en la disposición **Beneficios para servicios dentales** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente manual de beneficios;
- servicios o suministros proporcionados para *cirugía plástica, cosmética o reconstructiva*, excepto lo que se establezca en la disposición de **Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva** en la sección de **Gastos de prestaciones especiales** del presente manual de beneficios;
- servicios o suministros proporcionados para lo siguiente:
 - a. tratamiento de la miopía y otros errores de refracción, incluida la cirugía refractiva;
 - b. entrenamiento de la vista u ortóptica;
 - c. anteojos o lentes de contacto, excepto lentes intraoculares cuando son *médicamente necesarios*;
 - d. exámenes para recetar o ajustar anteojos o lentes de contacto;
 - e. restablecimiento de la función del habla o de la audición o corrección de alteraciones en el habla y en la audición, a excepción de lo que pueda estar dispuesto en las disposiciones de **Beneficios para servicios para la audición y el habla** y de **Beneficios para el trastorno del espectro autista** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** del presente manual de beneficios.
- servicios de terapia ocupacional que no consistan en las modalidades tradicionales de fisioterapia y que no formen parte de un programa activo de rehabilitación física multidisciplinar diseñado para recuperar las funciones corporales perdidas o deterioradas, a excepción de lo que pueda estar dispuesto en las disposiciones de **Beneficios para servicios de medicina física y de Beneficios para el trastorno del espectro autista** en la sección **Gastos de prestaciones especiales** de este manual de beneficios;
- servicios de viaje o ambulancia porque es más conveniente para el paciente que otros medios de transporte, independientemente de si los ha recomendado o no un *médico u otro proveedor profesional*;
- servicios o suministros proporcionados principalmente para lo siguiente:
 - a. sensibilidad medioambiental;
 - b. ecología clínica o cualquier tratamiento similar no reconocido como seguro y efectivo por la Academia Estadounidense de Alergólogos e Inmunólogos (American Academy of Allergists and Immunologists);
 - c. pruebas o tratamiento de 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 extra-coitales, incluidas, entre otras, lo siguiente:
 - (1) inseminación artificial;
 - (2) inseminación intrauterina;
 - (3) mejora de la capacitación uterina mediante super ovulación;
 - (4) inseminación intraperitoneal directa;

- (5) inseminación tubárica transuterina;
- (6) transferencia intrafalopiana de gametos;
- (7) transferencia de ovocitos en etapa pronuclear;
- (8) transferencia intrafalopiana de cigotos;
- (9) transferencia tubárica de embriones.

- servicios o suministros relacionados con el cuidado de rutina de los pies, incluida la extracción de verrugas, durezas o callos o el recorte de uñas del pie, en ausencia de una enfermedad sistémica grave;
- servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies para pies planos, arcos caídos y esguinces crónicos;
- todo enjuague bucal antiséptico o con fluoruro, colutorio, solución o preparación tópica oral recetados;
- a excepción de los medicamentos con receta y de venta libre para dejar de consumir tabaco y el asesoramiento para dejar de consumir tabaco con cobertura en este *plan*, los suministros para los programas para dejar de fumar y el tratamiento de adicción a la nicotina están excluidos;
- servicios o suministros relacionados con tratamientos alternativos, tales como los siguientes:
 - a. digitopuntura;
 - b. hipnotismo;
 - c. terapia de masajes;
 - d. aromaterapia.
- servicios o suministros proporcionados para las siguientes modalidades de tratamiento:
 - a. tracción intersegmental;
 - b. electromiografías (EMG) de superficie;
 - c. manipulación de la columna bajo anestesia;
 - d. prueba muscular mediante máquinas de kinesiología computarizadas como, por ejemplo, Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
- artículos que incluyen, entre otros:
 - a. un aparato de ortodoncia u otro aparato dental;
 - b. férulas o vendajes provistos por un *médico* en un entorno no hospitalario o comprados como artículos de venta libre para el apoyo de esguinces y torceduras;
 - c. zapatos ortopédicos que sean una pieza separable de un aparato de soporte incluidos; zapatos ordenados especialmente, personalizados o con elevación;
 - d. zapatos para yeso;
 - e. plantillas diseñadas para dar soporte al arco o producir cambios en el pie o en su alineación;
 - f. soportes para el arco;
 - g. medias elásticas;
 - h. portaligas.

Nota: Esta exclusión no se aplica a los aparatos de podiatría cuando se suministran como *equipos para la diabetes*.
- suministros desechables o fungibles para pacientes ambulatorios, tales como los siguientes:
 - a. jeringas;
 - b. agujas;
 - c. suministros para análisis de sangre u orina (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 para ostomías*;
- b. suministros desechables necesarios para el uso eficaz de equipos médicos duraderos para los que se proporcionan beneficios según se describe en la subsección *Equipo Médico Duradero*;
- c. catéteres urinarios, suministros para el cuidado de heridas o apósitos proporcionados por un *proveedor* durante el tratamiento para los *servicios con cobertura*;
- d. medias de compresión de calidad médica cuando se consideren *médicamente necesarias*. Las medias deben ser recetadas por un *médico*, medidas individualmente y ajustadas al paciente;
- e. suministros para diabéticos para los cuales se proporcionan beneficios según se describe en la subsección *Beneficios para el Tratamiento de la Diabetes*;
- f. baterías, tubos, cánulas nasales, conectores y máscaras cuando se utilizan con equipos médicos duraderos.

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

- beneficios que superen los límites máximos de dólares, de consultas/días y del *año del plan* especificados;
- servicios y suministros que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos si el *participante* viajó a dicho destino con el objetivo de recibir servicios médicos, suministros médicos o medicamentos;
- *aparatos prostéticos* de repuesto cuando se necesitan debido a una pérdida o uso indebido por parte del *participante*;
- medicamentos con receta o sin receta para pacientes ambulatorios (excepto los medicamentos anticonceptivos con una receta médica escrita de un *proveedor de atención médica* según lo dispuesto en la sección **SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA** de este *plan*, como se muestra en [Beneficios para servicios de atención médica preventiva](#));
- medicamentos o dispositivos anticonceptivos no recetados de uso masculino;
- medicamentos autoadministrados surtidos o administrados por un *médico* en su consultorio;
- medicamentos adquiridos para su uso fuera de un *hospital* que requieren una receta médica por escrito para la compra excepto medicamentos inyectables no aprobados por la FDA para la autoadministración que son administrados por o bajo la supervisión directa de un *médico* u *otro proveedor de servicios médicos*;
- servicios o suministros no quirúrgicos proporcionados para reducir la obesidad o el peso, incluso si el *participante* tiene otras condiciones de salud que podrían verse favorecidas por una reducción de la obesidad o del peso;
- biorretroalimentación (excepto para el diagnóstico de *daño cerebral adquirido*) u otros servicios de modificación del comportamiento;
- servicios relacionados con un servicio sin cobertura;

Los servicios relacionados son los siguientes:

- a. servicios en preparación para el servicio sin cobertura;
 - b. servicios en conexión con la prestación del servicio sin cobertura;
 - c. hospitalización requerida para brindar el servicio sin cobertura;
 - d. servicios que normalmente son provistos después del servicio sin cobertura, tales como atención de seguimiento o terapia después de una cirugía.
- Cualquier servicio o suministro de más de un *proveedor* en el mismo día en la medida en que los beneficios se duplicaron.

- servicios de salud mental que se proporcionen en los siguientes lugares:
 - a. centros de modificación del comportamiento;
 - b. campamentos de entrenamiento (boot camps);
 - c. academias grupales para tratar el aspecto emocional;
 - d. escuelas militares;
 - e. escuelas de internado terapéutico;
 - f. programas educativos y terapéuticos de salida al campo;
 - g. centros de reinserción social y residencias en grupos, excepto por los servicios con cobertura proporcionados por *proveedores* adecuados, tal como se describe en este manual de beneficios.
- los siguientes servicios de análisis de salud mental (ABA, en inglés):
 - a. servicios con un diagnóstico primario que no es el *Trastorno del espectro autista*;
 - b. servicios que son brindados por un *proveedor* que no está acreditado como corresponde (consulte la definición de [proveedor de ABA calificado](#) en la sección de **DEFINICIONES** de este manual de beneficios);
 - c. actividades principalmente de naturaleza educativa;
 - d. servicios de relevo, presencia o compañía;
 - e. cualquier otro servicio que no sea proporcionado por un *proveedor* con licencia de manera adecuada de acuerdo con los estándares de tratamiento aceptados a nivel nacional.
- registros médicos especiales que no están directamente relacionados con el tratamiento;
- exámenes, pruebas, vacunas 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 condiciones de salud que la ley federal, estatal o local requiere que sean tratadas en un centro público;
- comparecencias en audiencias judiciales y otros procedimientos judiciales, y cualquier servicio relacionado con procedimientos judiciales y administrativos o realizado en el marco de una investigación médica;
- servicios, suministros o medicamentos que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos, excepto para la *atención médica de emergencia*;
- servicios de transportación, excepto según lo que se describe en *servicios de ambulancia*, o cuando son aprobados por BCBSTX;
- artículos personales o para comodidad, incluidos, entre otros, los siguientes: 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 a menos que sean *médicamente necesarias* y estén autorizadas por BCBSTX;

Si no hay una habitación semiprivada disponible, BCBSTX cubre una habitación privada hasta que una habitación semiprivada esté disponible;
- servicios o suministros prestados por una institución que sea principalmente un lugar de descanso, un lugar para pacientes ancianos o cualquier institución similar;

- servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que los proporciona:
 - a. un *proveedor fuera de la red* o un *centro de tratamiento de salud mental fuera de la red*, una *unidad de estabilización de crisis* o un *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes*, aunque los *proveedores dentro de la red* pueden referir a los *participantes a proveedores fuera de la red* para los servicios con cobertura que no están disponibles de los *proveedores dentro de la red*, como se describe en [CÓMO FUNCIONA EL PLAN](#);
 - b. en el caso de las siguientes condiciones de salud diagnosticadas:
 - (1) enfermedad de Alzheimer;
 - (2) trastornos de personalidad intratable;
 - (3) discapacidad intelectual;
 - (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 audífonos y pilas;
- terapia para matrimonios y familias;
- servicios o suministros que no se definan específicamente como *gastos elegibles* en este *plan*;
- abortos voluntarios: la cobertura se limita a los abortos realizados debido a una complicación médica grave que pondría en peligro la salud o la vida de la madre si el embarazo llegara a término;
- cualquier DME en el que no se conozcan los cargos por alquiler o el precio de compra;
- los beneficios y la cobertura de los tratamientos aprobados por la FDA de EE. UU. bajo aprobación acelerada que están sujetos a beneficios clínicos confirmatorios no cuentan con cobertura de este plan, a menos que se requiera cobertura bajo mandato federal o estatal. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cobertura hasta que se reciba la aprobación regulatoria completa que confirme el beneficio clínico.
 - a. Aduhelm (aducanumab);
 - b. Amondys-45 (casimersen);
 - c. Exondys-51 (etepilrsen);
 - d. Qalsody (tofersen);
 - e. Viltepso (vitolarsen);
 - f. Vyondys-53 (etepilrsen).
- cualquier medicamento que aún no esté aprobado por la Administración Federal de Medicamentos de los EE. UU. (FDA), incluida la indicación del medicamento, los parámetros de población o edad y las dosis utilizadas;
- cualquier medicamento experimental/en fase de investigación;
- cualquier medicamento que esté excluido según la Lista de Exclusiones del Plan General
 - a. Elevidys (delandistrogen moxeparvovec).

DEFINICIONES

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

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

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

Enfermero de práctica avanzada (Advanced Practice Nurse, APN) se refiere a un enfermero titulado aprobado por la Texas Board of Nursing para ejercer como un enfermero de práctica avanzada, sobre la base de que ha completado un programa educacional avanzado aceptable para la Junta. El término incluye a enfermeros profesionales, enfermeras parteras, enfermeros anestesiistas y enfermeros especialistas profesionales. Un Enfermero de Práctica Avanzada está preparado para ejercer un rol más amplio para proveer 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 al brindar servicios de atención médica.

Monto permitido se refiere al monto máximo que según BCBSTX es elegible para la consideración de pago para un servicio, suministro o procedimiento en particular prestados por un *proveedor dentro de la red*. El *monto permitido* se basa en las disposiciones del contrato con el *proveedor dentro 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. La “tarifa habitual”, a los efectos de este manual de beneficios, comprende los montos permitidos relevantes según se explican y establecen expresamente en esta definición.

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

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

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

Blue Distinction Center (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 Center+ (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.

Honorario del coordinador de servicios médicos significa un monto fijo pagado por un Plan Blue Cross and Blue Shield a los proveedores de manera periódica 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 (MRI);
- 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 ambulatorios, radiografías, suministros y tratamiento físico. El tratamiento físico incluye terapia ocupacional funcional, fisioterapia, mecanoterapia, terapia de manipulación muscular e hidroterapia.

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

Ecología clínica es el diagnóstico o tratamiento de síntomas alérgicos para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios mediante:

- pruebas de citotoxicidad (se comprueba si los alimentos o el inhalante reducen o matan los glóbulos blancos);
- auto-inyección 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 de salud (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 de salud y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero *no deberán incluir*:
 - (1) parto falso;
 - (2) sangrado ocasional;
 - (3) descanso durante el período de embarazo recetado por el *médico*;
 - (4) náuseas matutinas;
 - (5) hiperémesis gravídica;
 - (6) preeclampsia;

(7) condiciones de salud similares asociadas con el control de un embarazo dificultoso que no constituyen una complicación del embarazo distintiva en términos nosológicos.

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

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

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

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

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

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva es la cirugía que:

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

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

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

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

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

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

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

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

- sea menor que la edad límite para hijos *dependientes* que se muestra en el **Programa de cobertura**;
- sea un *hijo* de cualquier edad que esté médicamente certificado como discapacitado y dependa del padre para su manutención (siempre y cuando haya tenido cobertura antes de alcanzar la edad límite para *dependiente*).

Hijo significa:

- a. su hijo natural;
- b. su hijo adoptado legalmente, incluido un hijo en proceso de adopción en donde el *participante* es una de las partes de ese proceso 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 dependiente, a los fines de los impuestos federales sobre los ingresos, en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura para el hijo de su hijo;
- f. un hijo que no esté incluido en la lista anterior:
 - (1) cuya residencia principal sea el hogar de usted;
 - (2) del que usted sea tutor legal o pariente consanguíneo o por matrimonio;
 - (3) que dependa de usted para más de la mitad de su manutención tal como lo define el Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Atención médica de emergencia se refiere a servicios de atención médica prestados en un *hospital* (sala de emergencias), centro de atención médica de emergencia independiente o centro comparable para evaluar y estabilizar condiciones de salud o atención de salud mental, trastornos de salud mental graves y uso de sustancias de reciente aparición y gravedad, incluido, pero que no se limita a

dolor intenso, que llevarían a una persona inexperta prudente, con conocimiento promedio de la medicina y la salud, a creer que la condición de salud de la persona, la enfermedad o lesión es de tal naturaleza que al no recibir atención médica inmediata podría dar lugar a:

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

Empleador significa los distritos escolares públicos de Texas que participan en el Teacher Retirement System (TRS).

Sensibilidad medioambiental significa el tratamiento de síntomas alérgicos para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios mediante:

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

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

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

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

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

- se ha demostrado en la bibliografía revisada por pares que tienen un valor médico científicamente establecido para curar o aliviar la condición de salud que se está tratando;
- son adecuados para el hospital u otro centro de atención médica en donde se utilizaron;
- el médico u otro proveedor profesional ha tenido la capacitación y la experiencia adecuadas para proveer el tratamiento o procedimiento.

BCBSTX, para su seguro de gastos médicos, determinará si un tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro es *experimental/investigativo* y considerará factores tales como las guías y prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y la aprobación por parte de una agencia federal al momento de tomar la determinación. BCBSTX puede tomar determinaciones sobre la base de datos clínicos que respalden 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 de servicios médicos* pueda haber recetado un tratamiento, y los servicios o suministros se puedan haber suministrado como tratamiento de último recurso, aun así, BCBSTX puede determinar que tales servicios o suministros son *experimentales/investigativos* dentro de esta definición. El tratamiento suministrado como parte de un ensayo clínico o estudio de investigación clínica es *experimental/investigativo*.

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

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

Grupo significa el Teacher Retirement System (TRS) que ha hecho un Acuerdo de Servicios Administrativos con BCBSTX, en virtud del cual BCBSTX proporcionará o coordinará servicios médicos para los *participantes* elegibles del *grupo* que se inscriban.

Proveedor de atención médica significa un Enfermero de práctica avanzada, un Doctor en medicina, un Doctor en odontología, un Asistente médico, un Doctor en osteopatía, un Doctor en podiatría u otra persona profesional con autoridad para emitir recetas médicas.

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

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

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

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

- medicamentos y soluciones intravenosas;
- servicios farmacéuticos de elaboración de fórmulas magistrales y de surtimiento;
- todo el equipo y suministros auxiliares necesarios por la terapia definida;
- servicios de entrega;
- formación para el paciente y los familiares;
- servicios de enfermería.

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

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

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

- tienen licencia de acuerdo con las leyes estatales (cuando las leyes estatales proporcionen esas licencias);
- estén certificados por Medicare como proveedores de *cuidados de hospicio*.

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

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

- cuenta con la debida licencia como *hospital* en el estado en el que se ubica y cumple con la normativa establecida para el otorgamiento de dicha licencia, y que está acreditado por Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations o está certificado como proveedor de servicios *hospitalarios* por Medicare;
- su cometido principal es proporcionar servicios de diagnóstico y terapéuticos para pacientes hospitalizados para el diagnóstico, tratamiento y atención de personas enfermas o lesionadas bajo la supervisión de *médicos* o de *proveedores de salud mental*, por una compensación de sus pacientes;
- tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor, ya sea en sus instalaciones o en centros que están disponibles para el *hospital* por acuerdo contractual preestablecido, y mantiene registros clínicos de todos los pacientes;
- brinda servicios de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un enfermero titulado;
- tiene un plan en funcionamiento para la revisión de la utilización del *hospital*.

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

Paciente interno significa hospitalización en una habitación de un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* durante 24 horas o en una habitación ubicada en una parte del *hospital* diseñada, operada y con personal especializado para proveer atención aguda a corto plazo en el *hospital* durante 24 horas; el término no incluye el confinamiento en una parte del *hospital* (que no sea un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias*), diseñada, operada y con personal especializado para brindar atención institucional a largo plazo con un régimen residencial.

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

Centro de diagnóstico por imágenes es un *proveedor* que puede ofrecer servicios técnicos o totales con respecto a los servicios de diagnóstico por medio de imágenes y que tiene licencia a través del *Certificado de Registro de Equipos* 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 salud de un *participante* presuntamente saludable que no puede concebir tras el período de un año de relaciones sexuales heterosexuales frecuentes y sin protección. Esto no incluye las condiciones de salud de *participantes* masculinos cuando la causa es una vasectomía u orquiectomía, ni de las *participantes* femeninas cuando la causa es una ligadura de trompas o histerectomía.

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

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

Beneficios dentro de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para recibir los servicios y suministros proporcionados por un *proveedor dentro de la red* o, si corresponde, por un *proveedor fuera de la red* cuando esté reconocido por BCBSTX.

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

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

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

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

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

La *atención médica de salud mental* o el tratamiento de una *enfermedad mental grave médicamente necesarios* en un *centro de tratamiento psiquiátrico durante el día, un centro o unidad de estabilización de crisis, un centro residencial de tratamientos o un centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes*, en lugar de la hospitalización, se considerarán *gastos de hospitalización*.

Programa intensivo para pacientes ambulatorios se refiere a un programa independiente o de *hospital* que provee servicios durante al menos tres horas al día, dos o más días a la semana, para tratar una enfermedad mental, una adicción a las drogas, un trastorno por consumo de sustancias o alcoholismo, o se especializa en el tratamiento de una enfermedad mental con adicción a las drogas, abuso de sustancias o alcoholismo coexistentes.

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

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

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

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* o grupos de *médicos* que limitan Su acceso solo a los *médicos* y *proveedores* de la subred.

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

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

Gasto máximo de bolsillo significa el monto en dólares acumulativo de *gastos elegibles*, incluido el *deducible del año del plan*, 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 o suministro *médicamente necesarios* que se mencionan a continuación para la atención médica de un *participante*, siempre que dichos artículos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno, o condición de salud mental enumerado en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*, en su versión revisada, o cualquier otro sistema de codificación diagnóstica que utilice BCBSTX, independientemente de si la causa de la enfermedad, trastorno o condición de salud es de naturaleza física, química o mental;
- el diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, condición de salud, enfermedad o trastorno por parte de un *médico profesional de salud mental* u *otro proveedor de servicios médicos* (o cualquier persona que trabaje bajo la dirección y supervisión de un *médico, proveedor de servicios de salud mental* 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. consultas 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, otro centro de atención médica*, u otro centro o unidad autorizada que proporcione dicha atención médica.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **otro proveedor profesional:** una persona o *proveedor* 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 con licencia;*
 - l. *profesional con licencia en el ajuste y distribución de instrumentos de audición;*
 - m. *terapeuta profesional para parejas y familias;*
 - n. *trabajador social clínico profesional;*
 - o. *terapeuta ocupacional con licencia;*
 - p. *fisioterapeuta con licencia;*
 - q. *consejero profesional;*
 - r. *patólogo con licencia en terapia del habla;*
 - s. *asistente quirúrgico certificado;*
 - t. *partera;*
 - u. *primer asistente de enfermería;*
 - v. *asistente médico;*
 - w. *asociados psicólogos (psychological associates) que trabajan bajo supervisión de un Doctor en psicología.*

En los estados en los que existan requisitos de 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 fuera de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor fuera de la red*.

Proveedores fuera de la red se refiere a los *hospitales*, *médicos*, *proveedores de salud mental* u *otros proveedores* de servicios médicos que no hayan firmado un acuerdo con BCBSTX (u otro

Plan Blue Cross and Blue Shield participante) como *proveedores de atención administrada*.

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

ParPlan se refiere a un programa abierto a médicos, profesionales de salud mental, otros proveedores de servicios médicos, hospitales y otros centros que no hayan firmado un acuerdo con BCBSTX para aceptar un monto permitido (pagado directamente a ellos) y no facturará a los participantes por encima del monto permitido.

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

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

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

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

Plan 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 efectiva del plan* y la fecha correspondiente en cada año posterior, siempre y cuando este manual de beneficios esté en vigencia.

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

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

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

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

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

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

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

Proveedor de atención primaria (PCP) significa el *médico dentro 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 *dependientes* 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 APN 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para el supervisor del tratamiento, administrador de casos o asesor:

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

Para el paraprofesional o terapeuta de salud mental:

- un miembro del personal con dos años de educación universitaria, con un Analista asistente en salud mental avalado por la junta de su especialidad (BCBA, 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 vigencia a partir del 1 de enero del 2019.

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

Cirugía reconstructiva 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 dentro de la red* para recibir *atención médicamente necesaria*.

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 para recibir tratamiento es un centro que ofrece un curso definido de intervención terapéutica y una programación especial en un entorno controlado, junto con un nivel de seguridad, supervisión y estructura, y que cuenta con una licencia otorgada por la autoridad estatal y local pertinente para proporcionar dichos servicios. No incluye centros de reinserción social, vida supervisada, hogares grupos, programas educativos y terapéuticos de salida al campo, pensiones, u otros centros que proporcionan principalmente un entorno de apoyo y traten necesidades sociales a largo plazo, incluso si se proporciona asesoramiento en esos centros.

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

Centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes significa una institución dedicada al cuidado de los niños y adolescentes debidamente licenciada y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la Asociación Estadounidense de Servicios de Psiquiatría para Niños y Adolescentes como un centro residencial 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 de salud en comercios locales se refiere a una clínica ubicada en comercios locales, 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 hospitalizados.

Proveedor de atención médica especializada se refiere a un *médico u otro proveedor de servicios médicos* que haya firmado un acuerdo con BCBSTX (y, en algunos casos, con otros planes de Blue Cross and Blue Shield) para participar como *proveedor de atención administrada* de servicios especializados, a excepción de un proveedor de la salud para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *proveedor de servicios de salud mental*, internista, o un Asistente Médico o Enfermero de Práctica Avanzada que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos enumerados.

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

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

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

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

- afiliado a un *hospital* según un acuerdo contractual con un sistema establecido de referencia de pacientes;
- acreditado como centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
- 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.

Servicio médico de telemedicina se refiere 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 el 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 ambulatorios;
- un centro de terapia de radiación independiente;
- un centro de partos independiente.

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

DISPOSICIONES GENERALES

Agente de seguros

El *empleador* 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 con cobertura a *los participantes*, o proveedores u otros terceros que proporcionan servicios con cobertura relacionados con los beneficios y requisitos de este *plan* o que proporcionan servicios a determinados *proveedores*.

Anti asignación y pago de beneficios

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

Responsabilidad de reclamaciones

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

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 negar estos servicios en forma opcional. Los *participantes* que deseen aceptar esos servicios de protección contra robo de identidad deberán inscribirse de manera individual en el programa en línea en www.bcbstx.com/trsactivecare o llamando a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999. Los servicios pueden 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 aplican cuando tiene cobertura por este *plan* y 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 *dependientes*. 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 *dependientes*. La atención y el tratamiento que se reciban están sujetos a las normativas y regulaciones del *proveedor* de atención médica seleccionado y están disponibles solo para el tratamiento de enfermedades o lesiones aceptable para el *proveedor* de atención médica.

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

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

Pago en exceso

Si el *plan* o BCBSTX paga beneficios por *los gastos elegibles* incurridos por usted o sus *dependientes* y se descubre que el pago fue mayor de lo que debería haber sido, o se hizo por error (“Pago en exceso”), el *plan* o BCBSTX tiene el derecho de obtener un reembolso del 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 dentro de la red* o *fuera 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 manual de beneficios, ya sea para el mismo *participante* o para uno diferente;
- cualquier pago futuro de beneficios realizado a una persona o entidad bajo otro programa de beneficios autofinanciado administrado por Blue Cross and Blue Shield, o un programa o póliza con cobertura de seguro administrada por Blue Cross and Blue Shield, si el pago futuro del beneficio se adeuda a un *proveedor dentro de la red*;
- cualquier pago futuro de beneficios realizado a una persona o entidad bajo otro plan de beneficios o póliza individual con cobertura de seguro grupal de Blue Cross and Blue Shield, si el pago futuro del beneficio se adeuda a un *proveedor dentro de la red*;
- cualquier pago futuro de beneficios, u otro tipo de pago, realizado a cualquier persona o entidad;
- cualquier pago futuro que se adeuda a uno o más *proveedores dentro de la red*.

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

Rescisión

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

Subrogación

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

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

Derecho de reembolso

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

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

Derecho a la recuperación mediante subrogación o reembolso

Usted o su *dependiente* aceptan entregarle de inmediato al *plan* toda la información sobre sus derechos de recuperación de parte de cualquier otra persona, organización o aseguradora, y ayudar y colaborar completamente con el *plan* para la protección y la obtención de sus derechos de reembolso y subrogación. Usted, su *dependiente* o su abogado notificarán al *plan* antes de la resolución de un juicio o una reclamación, para permitirnos exigir el cumplimiento de nuestros derechos al participar en la resolución de la reclamación o el juicio. Usted o su *dependiente* también aceptan no permitir que se limiten o perjudiquen los derechos de subrogación y reembolso del *plan* por acciones, o la falta de ellas, de su parte.

Coordinación de beneficios

La disponibilidad de los beneficios especificados en este *plan* está sujeta a la Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) como se describe a continuación. Esta disposición de COB aplica a este *plan* cuando un *participante* tiene cobertura de atención médica bajo más de un *plan*.

Si se aplica esta disposición de COB, se deberá ver primero el orden de las 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 con o sin cobertura de seguro médico. Esto incluye:
 - a. seguro general o de grupo;
 - b. seguro de franquicia que finaliza cuando termina el empleo;
 - c. planes de servicios médicos o de hospital de grupo y otra cobertura de prepago de grupo;
 - d. cualquier cobertura bajo acuerdos fiduciarios de gestión laboral, acuerdos de sindicatos, acuerdos de organizaciones empleadoras;
 - e. planes gubernamentales o cobertura requerida o provista por la ley.

El *plan* no incluye:

- a. 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 (Title XIX, Grants to States for Medical Assistance Programs, de la United States Social Security Act, 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 manual 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 por servicio necesario, razonable y habitual de atención médica cuando el gasto por el servicio tiene cobertura al menos parcialmente por uno o más planes que incluyen 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 disposición de COB o una disposición similar entra en vigencia.
- **Nosotros o nos** significa TRS.

Reglas de orden de Determinación de los Beneficios

- **Información general**
 - a. Cuando hay una base para una reclamación conforme a *este plan* y otro *plan*, *este plan* es un Plan Secundario cuyos beneficios se determinan después de los del otro *plan*, a menos que (a) el otro *plan* cuente con 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 manual de beneficios contiene beneficios para la vista o dentales, los beneficios provistos por la parte médica de *este plan* será el Plan Secundario.

- **Reglas**

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

- a. **No dependiente o dependiente.** Los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como empleado, el asegurado o asegurado principal se determinan antes de los del *plan* que cubre al *participante* como *dependiente*. No obstante, si el *participante* también es beneficiario de Medicare y, como resultado de la regla establecida por el Title XVIII de la Social Security Act y las reglamentaciones implementadas, Medicare es:
 - (1) secundario al *plan* que cubre al *participante* como *dependiente*;
 - (2) primario para el *plan* que cubren al *participante* como un *dependiente* (por ejemplo, un empleado jubilado), luego, los beneficios del *plan* que cubre al *participante* como *dependiente* se determinan antes de los del *plan* que cubren a ese *participante*, excepto un *dependiente*.
- b. **Hijo dependiente o padres no separados o divorciados.** Excepto como se declara en el Párrafo c a continuación, cuando *este plan* y otro *plan* cubren al mismo hijo como *dependiente* 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 incluido por un período más largo a un padre se determinan antes que aquellos del *plan* que incluyó al otro padre por un período más corto.

No obstante, si el otro *plan* no tiene esta regla descrita en este Párrafo b, pero en su lugar tiene una regla basada en el género del padre y si, como resultado, los *planes* no concuerdan en el orden de beneficios, la regla del otro *plan* determinará el orden de los beneficios.

- c. **Hijo dependiente o padres separados o divorciados.** Si dos o más *planes* incluyen a un *participante* como hijo *dependiente* de padres divorciados o separados, los beneficios para el hijo se determinan en el siguiente orden:
 - (1) primero, el plan del padre con la custodia del hijo;
 - (2) después, el plan del cónyuge del padre con la custodia del hijo, si corresponde;
 - (3) finalmente, el plan del padre que no tiene la custodia del hijo.

No obstante, si los términos específicos de un decreto de la corte declaran que uno de los padres es responsable del gasto de la atención médica del hijo, y la entidad que está obligada a pagar o a proporcionar los beneficios del *plan* de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese *plan* se determinan primero. El *plan* del otro padre será el Plan Secundario. Este párrafo no se aplica con respecto a ningún *año del plan* durante el cual cualquiera de los beneficios se paga en realidad o se proporcionan antes de que la entidad tenga ese conocimiento real.

- d. **Custodia conjunta.** Si los términos específicos del decreto de la corte declaran que los padres deberán compartir la custodia, sin expresar que uno de los padres es el responsable de los gastos de la atención médica del hijo, los *planes* que cubren al hijo deberán seguir el orden de las 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 *dependiente* de una persona con cobertura como empleado jubilado y un empleado. Si el otro *plan* no tiene esta regla y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo e.
- f. **Cobertura de continuación.** Si un *participante* a quien se le proporciona esta cobertura bajo un derecho de continuación conforme a la ley federal o estatal también tiene cobertura a través de otro *plan*, el orden para determinar los beneficios será el siguiente:

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

Si el otro *plan* no tiene esta regla y, si como resultado, los *planes* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica este Párrafo f.

- g. **Duración mayor o menor de la cobertura.** Si ninguna de las 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 disposición COB;
- b. los beneficios que se pagarían por los gastos permitidos según los otros *planes*, a falta de disposiciones con un propósito como el de esta disposición 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 estos y cualquier otra información necesaria para pagar la reclamación.

Facilidad 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 a la recuperación

Si el monto de pagos que realizamos es más de lo que deberíamos haber pagado conforme a esta disposición COB, podemos recuperar el exceso solicitándolo a una o más de:

- las personas a quienes hemos pagado o por las cuales hemos pagado;
- compañías de seguros;
- *hospitales, médicos, u otros proveedores;*
- cualquier otra persona u organización.

Termina la cobertura

Termina la cobertura individual

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

- su prima para la cobertura bajo el *plan* no sea recibida a tiempo por el administrador del *plan*;
- ya no cumpla con la definición de empleado que se describe en este manual de beneficios, incluida la finalización del empleo;
- 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 *dependiente* deje de serlo según la definición en el *plan*.

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

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

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

La cobertura para un hijo de cualquier edad médicamente certificado como *discapacitado* y que 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 Internal Revenue Code of the United States (Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos).

Discapacitado significa una condición de salud física o mental determinable médicamente que impida al hijo tener un empleo para su manutención. El hijo debe contar con la cobertura del Plan y la discapacidad debe comenzar antes de que el hijo alcance el límite de edad. Tendrá que presentar prueba satisfactoria de discapacidad y dependencia a través de su administrador del plan ante BCBSTX dentro de los 31 días en que su hijo alcance el límite de edad. Como condición para la continuidad de la cobertura de un hijo como dependiente *discapacitado* después del límite de edad, BCBSTX puede exigir certificación periódica de la condición de salud física o mental del hijo, pero no con mayor frecuencia que una vez al año después del período de dos años posterior a que el hijo alcance el límite de edad.

Termina la póliza de grupo

La cobertura de todos los *participantes* terminará si el *grupo* finaliza según los términos de este *plan*.

Continuación de la cobertura de grupo - Federal

Continuación de COBRA - Federal

Conforme a las disposiciones de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA, en inglés), los *participantes* pueden tener el derecho a continuar la cobertura después de la fecha en la que termine la cobertura. Los *participantes* no serán elegibles para la continuación de COBRA si el *empleador* está exento de las disposiciones de COBRA.

Tamaño mínimo del grupo

La cantidad normal de empleados del *grupo* tiene que ser mayor que veinte (20) empleados en un día laborable típico durante el *año del plan* anterior. Esto se refiere al número de trabajadores empleados a tiempo parcial y a tiempo completo, no al número de empleados con cobertura a través de un plan de seguro de gastos médicos.

Pérdida de la cobertura

Si la cobertura termina (por un motivo distinto de la falta de pago de las primas) como resultado de la finalización (que no sea una falta grave) o reducción de las horas de empleo, el *participante* puede elegir continuar la cobertura durante dieciocho (18) meses desde la fecha en la que la cobertura terminaría.

Un *dependiente* asegurado puede elegir continuar la cobertura durante treinta y seis (36) meses desde la fecha en la que la cobertura terminaría si la cobertura finaliza como resultado de lo siguiente:

- divorcio del empleado con cobertura;
- fallecimiento del empleado con cobertura;
- el empleado con cobertura pasa a ser elegible para Medicare;
- un hijo *dependiente* asegurado deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del *dependiente*.

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

- el último día del período de dieciocho (18) meses para sucesos que tengan un período de continuación máximo de dieciocho (18) meses;
- el último día del período de treinta y seis (36) meses para sucesos que tengan un período de continuación máximo de treinta y seis (36) meses;
- el primer día en el que no se efectúe en forma puntual el pago de la prima del *plan* en relación con el beneficiario cualificado;
- finalice el seguro de gastos médicos de *grupo*;
- después de la fecha de elección, la fecha en la que el beneficiario elegible obtiene la cobertura por primera vez bajo otro seguro de gastos médicos de grupo, en el caso de que usted tenga una condición de salud preexistente y se le niegue la cobertura bajo el nuevo seguro de gastos médicos para una condición de salud preexistente, la continuación de la cobertura no se terminará hasta el último día del período de continuación o la fecha en que la condición de salud preexistente sea cubierta por 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 evento elegible inicia.

En caso de que un *participante* sea considerado discapacitado en el sentido de la Ley de Seguridad Social y lo notifique al *empleador* antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, continuación de la cobertura podrá ampliarse hasta otros once (11) meses durante un total de veintinueve (29) meses. Esta disposición se limita a los *participantes* discapacitados en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la continuación de COBRA y solo si el evento elegible es el término del empleo (que no sea por una falta grave) o la reducción de las horas laborables. Se le puede cobrar una tarifa más alta por el período ampliado.

Aviso de los derechos de continuación de COBRA

El *empleador* es responsable de proveer la notificación necesaria a los *participantes*, tal y como se estipula en Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA, en inglés) y Tax Reform Act of 1986 (Ley de Reforma Fiscal de 1986).

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

Cancelación

Excepto que se disponga lo contrario en este documento, BCBSTX no tendrá derecho a cancelar ni rescindir ningún *plan* emitido a ningún *asegurado principal* mientras el Acuerdo de servicios administrativos permanezca vigente y efectivo, 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* incluidas 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 personal de la salud al 1-866-355-5999.

Si usted reside temporalmente en un Área de Servicio Alternativa puede obtener servicios con cobertura 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 efectivo mientras usted se encuentre en el Área de Servicio Alternativa, y puede hacer uso de los servicios con cobertura 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 seguro de gastos médicos 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 con cobertura, 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 efectiva 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 dependientes

Si se inscribe en TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y tiene dependientes que viven fuera del estado, es posible que puedan recibir cobertura fuera de Texas. Tiene que completar un *Formulario de certificación/ dependiente fuera del estado*, que puede obtener de su administrador de beneficios del distrito o de un guía personal de la salud. Una vez que complete el formulario y BCBSTX lo apruebe, su dependiente 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 dentro de la red* y obtener referidos para especialistas y otros proveedores dentro de Texas. Los dependientes 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 vigencia 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 efectiva, 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 dentro de la red* o causas similares. En tal caso, los *proveedores dentro de la red* prestarán los servicios *hospitalarios* y profesionales previstos en el seguro de gastos médicos en la medida de lo posible y según su mejor criterio; pero BCBSTX y los *proveedores dentro de la red* no incurrirán en ninguna responsabilidad u obligación por 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 gastos 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 disposición de este documento o por mutuo acuerdo entre BCBSTX y el *grupo* sin el consentimiento o la concurrencia de los *participantes*. Al optar por cobertura médica y *hospitalaria* de BCBSTX o al aceptar los beneficios de BCBSTX, todos los *participantes* que tienen legalmente poder de contratación, y los representantes legales de todos los *participantes* que no tienen poder de contratación, aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones del presente.

Aviso

Puede enviar un aviso a BCBSTX a través del correo prioritario 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 la licenciataria local de Blue del lugar donde usted reside. Para ello, podremos (1) comunicarnos directamente con usted o (2) proporcionarle a la licenciataria local de Blue 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 dentro de la red* es la relación de un contratista independiente. Los *proveedores dentro de la red* no son agentes ni empleados de BCBSTX; ni BCBSTX ni ningún empleado de BCBSTX es empleado o agente de los *proveedores dentro de la red*. BCBSTX no será responsable de ninguna reclamación ni demanda respecto de los daños y perjuicios que surjan de las lesiones que usted sufra al recibir atención de algún *proveedor dentro de la red*, o bien que se relacionen con dichas lesiones. BCBSTX no hace declaraciones ni otorga garantías, ni expresas ni implícitas, respecto a las calificaciones, la participación continua o la calidad de los servicios de ningún *médico*, *hospital* u otro *proveedor dentro de la red*.

Información y registros

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

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

BCBSTX o a un profesional médico, dental o de salud mental que BCBSTX pueda contratar para ayudar en la revisión de un tratamiento o reclamación;

- permitir que BCBSTX copie sus expedientes.

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

MANUAL DE BENEFICIOS

ENMIENDAS EN LA LEY DE NO SORPRESAS

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

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

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

I. Selección de PCP

El Plan generalmente requiere la designación de un Médico de Atención Primaria (PCP). Usted tiene el derecho de designar a cualquier PCP que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los Asegurados de su familia.

Hasta que usted haga esta designación, Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) designa uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un PCP y una lista de los PCP participantes, comuníquese con BCBSTX a través de www.bcbstx.com o con el servicio al cliente llamando al número gratuito que se encuentra al dorso de su tarjeta de asegurado.

Para los hijos dependientes, usted puede designar a cualquier Proveedor Participante que se especialice en atención pediátrica como su Médico de Atención Primaria/Practicante (PCP).

II. Atención con el ginecólogo/obstetra

No es necesario que obtenga una remisión o una autorización de su médico o médico de atención primaria (PCP) o proveedor de atención médica principal para la mujer (WPHCP, en inglés) antes de recibir los servicios con cobertura de cualquier proveedor participante especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, antes de obtener atención obstétrica o ginecológica Incluida, el Proveedor debe cumplir con ciertas políticas y procedimientos exigidos por su Plan, incluidas las políticas de Autorización Previa y referido. Para obtener una lista de los Proveedores Participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.bcbstx.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en la parte posterior de su Tarjeta de asegurado.

III. Continuación de la atención médica

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

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

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

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

IV. Ley Federal de No Sorpresas

1. Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Protecciones frente a la facturación sorpresa de la Ley Federal de No Sorpresas

- a. La Ley federal de No Sorpresas contiene varias protecciones relacionadas con las facturas médicas sorpresa de servicios prestados por Proveedores No Participantes y Centros de Emergencia No Participantes. Los artículos y Servicios con cobertura en estas protecciones (“Servicios con Cobertura”) se enumeran a continuación.
- servicios de Emergencia obtenidos de un Proveedor No Participante o de un Centro de Emergencia No Participante;
 - servicios con Cobertura que No son de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante en un Centro Participante (a menos que Usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones frente a la facturación de saldo adicional);
 - servicios de Ambulancia Aérea recibidos de parte de un Proveedor No Participante si los servicios tienen cobertura por parte de un Proveedor Participante.

b. Pagos de las reclamaciones

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

c. Gastos compartidos

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

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

Para los servicios con cobertura, estos requisitos de gastos compartidos se contabilizarán para su deducible dentro de la red o el gasto máximo de bolsillo, si corresponde.

3. Prohibición de facturación de saldo adicional

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

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

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

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

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

AVISOS

AVISOS

Acuerdos entre planes para servicios fuera del área

BCBSTX (el administrador de reclamaciones) mantiene vínculos con otras licenciatarias de Blue Cross and Blue Shield, que, por lo general, se denominan “Acuerdos entre planes”. Independientemente de que usted obtenga servicios de atención médica fuera de nuestra área de servicio, las reclamaciones de estos servicios pueden procesarse a través de uno de los siguientes 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 and 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 con cobertura” incluye atención médica de emergencia, atención médica inmediata/urgente y atención de seguimiento que se obtenga fuera del área geográfica de nuestra área de servicio. Cualquier otro servicio no estará incluido 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 con cobertura dentro del área geográfica en la que presta servicios una licenciataria local de Blue, seguiremos siendo responsables de cumplir con las obligaciones contractuales asumidas. Sin embargo, la licenciataria local de Blue es responsable de la contratación de proveedores y, por lo general, de manejar todas las interacciones con los proveedores de atención médica participantes.

El programa BlueCard le permite obtener servicios con cobertura, 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 manual 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/urgente más cercano.

Cuando obtiene servicios con cobertura 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 con cobertura;
- 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.

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.

AVISO

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/urgente con seguimiento, no se incluirán 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/urgente con servicios de seguimiento recibidos de proveedores no participantes dentro del estado de Texas, consulte la sección “Servicios de emergencia” de este manual de beneficios.

Para los servicios de atención médica de emergencia y atención médica inmediata/urgente 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 fuera 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 Estados Unidos, podrá hacer uso del programa Blue Cross Blue Shield Global Core cuando acceda a los servicios con cobertura. 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 hospitalizados, 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 Estados Unidos, por lo general, deberá pagar a los proveedores y presentar usted mismo las reclamaciones para obtener el reembolso de estos servicios.

En el caso de que necesite servicios de asistencia médica (incluida la información sobre cómo encontrar a un médico u hospital) fuera del área de servicio de Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de 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 prestador de servicios médicos, puede concertar una cita médica u hospitalización, si corresponde.

- **Servicios para pacientes hospitalizados**

En la mayoría de los casos, si se comunica con el centro de servicio para obtener asistencia, los hospitales no exigirán el pago de los servicios para pacientes hospitalizados con cobertura, excepto el coseguro o los copagos o deducibles, entre otros. En estos casos, el hospital presentará sus reclamaciones al centro de servicio para su procesamiento. Sin embargo, si usted pagó la totalidad de los servicios cuando estos fueron prestados, tendrá que presentar una reclamación para recibir el reembolso de los servicios con cobertura.

El asegurado tiene que comunicarse con BCBSTX (el administrador de reclamaciones) para obtener la autorización previa de los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia.

- **Servicios para pacientes ambulatorios**

Por lo general, los médicos, centro de atención médica inmediata/urgente y demás proveedores de pacientes ambulatorios ubicados fuera del área de servicio de BlueCard exigirán que el asegurado pague la totalidad de los servicios al momento de su prestación. Usted tendrá que presentar una reclamación para obtener el reembolso de los servicios con cobertura.

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

Cuando usted paga los Servicios con Cobertura fuera de los Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de U.S. Virgin Islands, 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 pagos que no aplican

Cuando un *participante* acude a un *proveedor fuera de la red* o utiliza sus servicios, y esto tiene como resultado una reclamación contra el *plan*, TRS supone que el *proveedor* recaudará *el deducible, el copago o el coseguro* correspondiente del *participante*. En función de esta suposición, se determinan los acumuladores del *deducible* y el *máximo de gastos de bolsillo* del *participante*, además de cualquier otro acumulador aplicable conforme a la cobertura del *participante*. Cuando los *proveedores* renuncian a los *deducibles, los copagos* y los *montos del coseguro* de los *participantes*, o no los cobran, se defrauda y se abusa de este *plan*, ya que tales prácticas amenazan la estabilidad de los fondos que TRS administra. Es responsabilidad de los *participantes* y los *proveedores fuera de la red* del plan informar cuando un *proveedor* renuncie a *los deducibles, los copagos y los montos del coseguro*, o no los cobre, ya que tales exenciones o retrasos en los cobros no se deben contabilizar en los acumuladores del *participante*. Además, esto puede indicar que un *proveedor fuera de la red* participa en prácticas destinadas a generar mayores gastos a este *plan*. Si se plantea una inquietud, TRS puede negarse a pagar una reclamación o puede reducir el pago de una reclamación hasta que reciba pruebas razonables de que el *participante* pagó cualquier *deducible, copago o monto del coseguro* aplicable.

AVISO

Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, en inglés). En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de una manera determinada tras consultar con el médico responsable y la paciente para lo que se indica a continuación:

- todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía;
- la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- el uso de prótesis;
- el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido la linfedema.

Estos beneficios se brindarán y estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Consulte su [PROGRAMA DE COBERTURA](#). Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

AVISO

CONTINUACIÓN DE LOS DERECHOS DE COBERTURA CONFORME A COBRA

AVISO: Algunos empleadores no se verán afectados por la CONTINUACIÓN DE COBERTURA DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN (COBRA). Consulte a su empleador o a su Administrador de Grupo si tiene preguntas sobre COBRA.

INTRODUCCIÓN

Usted ha recibido este aviso porque, recientemente, el seguro de gastos médicos grupal de su empleador (el Plan) ha empezado a incluirlo. 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 tengan cobertura a través del Plan cuando en otras circunstancias perderían su cobertura médica de grupo.

Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones conforme al Plan y la ley federal, debería revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del plan.

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, la cobertura hubiera terminado debido a un evento de la vida denominado "evento elegible". Más abajo en este aviso hay una lista de eventos elegibles específico. Tras un evento elegible, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario elegible". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían pasar a ser beneficiarios elegibles si la cobertura del Plan se pierde debido al evento elegible. Conforme al Plan, los beneficiarios elegibles que elijan la continuación de la cobertura COBRA tienen que pagar por ella.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura según el Plan por cualquiera de los siguientes eventos elegibles:

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

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura bajo el Plan por cualquiera de los siguientes eventos elegibles:

- fallecimiento de su cónyuge;
- reducción de horas de empleo de su cónyuge;
- finalización del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- inscripción de su cónyuge en los beneficios de Medicare (en la Parte A, la Parte B o ambas);
- divorcio o separación legal de su cónyuge.

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

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

Si el Plan proporciona cobertura de atención médica a empleados jubilados, se aplica lo siguiente: A veces, declararse en bancarrota según el Título 11 del Código de Estados Unidos se considera un evento elegible. Si se realiza una declaración de bancarrota con respecto a su empleador, y dicha bancarrota da lugar a que cualquier empleado jubilado asegurado del Plan pierda la cobertura, el empleado jubilado pasará a ser beneficiario elegible con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge supérstite y sus hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios elegibles si la bancarrota causa la pérdida de su cobertura conforme al Plan.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

El Plan ofrece la continuación de la cobertura COBRA a beneficiarios elegibles solo después de que se haya notificado al Administrador del plan que ha ocurrido un evento elegible. Cuando el evento elegible sea el fin del empleo, la reducción de horas o el fallecimiento del empleado, la existencia de cobertura médica de empleado jubilado, el inicio de un proceso de bancarrota con respecto al empleador, o la adquisición del derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del empleado, el empleador tiene que notificar tal evento elegible al Administrador del Plan.

TIENE QUE DAR AVISO DE CIERTOS EVENTOS ELEGIBLES

El resto de los eventos elegibles (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente en calidad de tal), tiene que notificarlos al Administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra un evento elegible. Comuníquese con su empleador o con el Administrador de COBRA para saber cómo realizar este aviso y obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

¿CÓMO SE PROVEE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

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

La continuación de cobertura COBRA es una continuación provisional de cobertura. Cuando el evento elegible es el fallecimiento del empleado, o la adquisición del derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del empleado, su divorcio o separación legal, o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente, la continuación de la cobertura COBRA puede durar hasta 36 meses.

Cuando el evento elegible es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, y el empleador adquirió el derecho a beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento elegible, la continuación de la cobertura COBRA para beneficiarios cualificados, aparte del empleado, dura 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado con cobertura adquiere el derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la continuación de la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare, que equivale a 28 meses después de la fecha del evento elegible (36 meses menos 8 meses). Si no fuera así, cuando el evento elegible es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, normalmente la continuación de la cobertura COBRA solo dura un total de 18 meses. Hay dos formas en que se puede extender este período de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA.

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

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o alguien en su familia con cobertura a través del Plan es discapacitado y usted se lo notifica a tiempo al Administrador del plan, usted y toda su familia tendrán derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, con un total máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber empezado en algún momento anterior al día 60 de la

continuación de la cobertura COBRA y tiene que durar, al menos, hasta el fin del período de 18 meses de continuación de la cobertura. Comuníquese con su empleador o con el Administrador de COBRA por asuntos relacionados con los procedimientos de este aviso, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida.

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

Si su familia experimenta otro evento elegible mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, con un total máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan el segundo evento elegible. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciban continuación de la cobertura si el empleado o antiguo empleado muere, adquiere el derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), o se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible para la cobertura según el Plan como hijo dependiente, pero solo si el suceso hubiera hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierdan la cobertura bajo el Plan, si no hubiera ocurrido el primer evento elegible.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben ser dirigidas a su Administrador del plan. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley para la Seguridad de los Ingresos para la Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés) incluida la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) y otras leyes que afecten los seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos más cercana a su área o visite el sitio web de la EBSA www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

MANTENGA A SU ASEGURADORA INFORMADA DE CAMBIOS EN SU DIRECCIÓN

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA ASEGURADORA

Comuníquese con su empleador para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de la administración de su continuación de la cobertura COBRA.

Información proporcionada por su empleador

LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL

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

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

Su plan de medicamentos con receta

Plan TRS-ActiveCare Primary

Medicamentos con receta	Deducible	\$2,500 individual/\$5,000 familiar (integrado con el seguro médico)*	
	Gasto máximo de bolsillo	\$8,050 individual/\$16,100 familiar	
	En farmacias locales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>) - Genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido**	- \$15 de copago - \$0 para ciertos genéricos - 30% de coseguro después del deducible - 50% de coseguro después del deducible	Si recibe atención fuera de la red, paga el 100% del costo total en el momento de la compra y, una vez que se cubre el deducible, se le reembolsa el monto permitido según lo determinado por Express Scripts (debe enviar la reclamación a Express Scripts en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio para recibir el reembolso).
	Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de 90 días</i>) y farmacias dentro de la red de mantenimiento local (<i>suministro de 90 días en farmacias participantes de mantenimiento en locales</i>) - Genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido**	- \$45 de copago - 30% de coseguro después del deducible - 50% de coseguro después del deducible	
	Medicamentos con receta especializados (<i>limitados a un suministro de 31 días</i>) Ciertos medicamentos especializados son parte del programa de medicamentos SaveOnSP con \$0 de copago. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Asegurado de SaveOnSP llamando al (800) 683-1074 para revisar si su medicamento especializado está incluido. ***	- 30% de coseguro después del deducible	
	Insulina de la lista de medicamentos	- \$25 de copago para suministro de 31 días - \$50 de copago para suministro de 32 a 59 días - \$75 de copago para suministro de 60 a 90 días	
Medidor de glucosa de marca preferido	- \$0 de copago		
Suministros para la diabetes	Agujas, lancetas y jeringas No es necesario procesar los suministros para personas diabéticas el mismo día que la insulina. - Suministro de 31 días. - Suministro de 90 días. * Fuera de la lista de medicamentos y de marca: se aplica el deducible y los copagos/coseguros.	- \$0 de copago - \$0 de copago	

* No se aplica el deducible y el coseguro para determinados medicamentos genéricos preventivos.

** Si recibe un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, será responsable del copago del genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico. Este monto de diferencia del costo no cuenta para el deducible.

*** Si usa asistencia de copagos de terceros para medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o 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	Deducible (<i>por persona, por año del plan</i>)	\$0 para genéricos, \$200 por persona para medicamentos de marca		
	Gasto máximo de bolsillo	\$6,900 individual/\$13,800 familiar		
	En farmacias locales a corto plazo (<i>suministro de hasta 31 días</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido** 	<ul style="list-style-type: none"> - \$15 de copago - 25% de coseguro (máx. \$100) - 50% de coseguro 	Si recibe servicios fuera de la red, se le reembolsará el monto permitido según lo determine Express Scripts en función del monto que hubiera cobrado una farmacia de la red menos el copago requerido una vez cubierto el deducible para los medicamentos (para recibir el reembolso, debe enviar la reclamación a Express Scripts en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio).
	Farmacia con entrega a domicilio (<i>suministro de hasta 90 días</i>) y farmacias dentro de la red de mantenimiento local (<i>suministro de hasta 90 días en farmacias participantes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Genérico - Medicamento de marca preferido** - Medicamento de marca no preferido** 	<ul style="list-style-type: none"> - \$45 de copago - 25% de coseguro (máx. \$265) - 50% de coseguro 	
	Medicamentos con receta especializados (<i>limitados a un suministro de 31 días</i>)	- 30% de coseguro		
	Ciertos medicamentos especializados son parte del programa de medicamentos SaveOnSP con \$0 de copago. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Asegurado de SaveOnSP llamando al (800) 683-1074 para revisar si su medicamento especializado tiene cobertura. ***			
Insulina de la lista de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - \$25 de copago para suministro de 31 días. - \$75 de copago para suministro de 61 a 90 días. 			
Medidor de glucosa de marca preferido	- \$0 de copago			
Suministros para la diabetes	Agujas, lancetas y jeringas			
	No es necesario procesar los suministros para personas diabéticas el mismo día que la insulina. <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de 31 días. - Suministro de 90 días. <p>* Fuera de la lista de medicamentos y de marca: se aplica el deducible y los copagos/coseguros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago - \$0 de copago 		

** Si recibe un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, será responsable del copago del genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico. Este monto de diferencia del costo no cuenta para el deducible.

*** Si usa asistencia de copagos de terceros para medicamentos especializados, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo ni el deducible de cualquier monto de copago o coseguro que se aplique por un cupón o reembolso del fabricante. Solo el monto que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible y al gasto máximo de bolsillo.

Cómo funciona su Plan de medicamentos con receta

Acerca de Express Scripts

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

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

Tarjetas de asegurado de Express Scripts

Su plan de beneficios de medicamentos recetados está diseñado para ofrecerle atención de calidad en la farmacia y ayudarlo a ahorrar dinero. Si se inscribe en una de las opciones del plan TRS-ActiveCare, recibirá por correo una nueva tarjeta de asegurado de Express Scripts para sus medicamentos con receta. Incluida con la tarjeta de asegurado, recibirá un kit de bienvenida de Express Scripts que refleja el plan de beneficios con cobertura para las recetas médicas seleccionadas. Si necesita obtener una tarjeta de asegurado temporal o solicitar tarjetas adicionales, puede llamar al (844) 367-6108 para hablar con un representante de Express Scripts o en línea en express-scripts.com/trsactivecare.

Asegúrese de llevar su tarjeta de asegurado para medicamentos con receta a la farmacia la primera vez que vaya a hacer que le surtan una receta. También cuenta con el acceso a una copia digital de sus tarjetas de asegurado en la aplicación móvil de Express Scripts.

Ejemplo de tarjetas de asegurado

TRS-ActiveCare Primary



Prescription ID Card

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



ActiveCare Primary

Retail: 31-day supply
Generic: \$15 copay
\$0 copay for certain preventive generics
Preferred: 30% after deductible
Non-preferred: 50% after deductible

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

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

ActiveCare Primary
Home Delivery: 90-day supply
Generic: \$45 copay
Preferred: 30% after deductible
Non-preferred: 50% after deductible

Specialty medications have a 31-day supply maximum
Accredo Specialty Mail Order, 30% after deductible
Deductible: \$2,500 individual / \$5,000 family
Maximum out of pocket (MOOP): \$8,050 individual / \$16,100 family

Pharmacist use only: 800-987-5247

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

TRS-ActiveCare Primary+



Prescription ID Card

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



ActiveCare Primary+

Retail: 31-day supply
Generic: \$15 copay
Preferred: 25% after deductible
Non-preferred: 50% after deductible

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

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

ActiveCare Primary+
Home Delivery: 90-day supply
Generic: \$45 copay
Preferred: 25% after deductible
Non-preferred: 50% after deductible

Specialty medications have a 31-day supply maximum
Accredo Specialty Mail Order, 30% after deductible
\$200 deductible per participant (brand drugs only)
Maximum out of pocket (MOOP): \$6,900 individual / \$13,800 family

Pharmacist use only: 800-987-5247

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

Lista de medicamentos preferidos de Express Scripts

TRS-ActiveCare 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 con cobertura está aprobado por la Administración de alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y también es revisado por un grupo independiente de médicos y farmacéuticos para su seguridad y eficacia. TRS-ActiveCare fomenta el uso de los medicamentos preferidos de esta lista para ayudar a controlar el aumento en los costos de los medicamentos con receta. Por lo general, pagará un copago menor en medicamentos genéricos y de marca que se encuentran en la lista de medicamentos.

Ahorre dinero en medicamentos con receta

Usted pagará:

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

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

Medicamentos genéricos y biosimilares

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los fabricantes de medicamentos genéricos y biosimilares cumplan guías estrictas, garantizando la seguridad y eficacia de todos los genéricos y biosimilares aprobados. Los medicamentos genéricos y sus homólogos de marca tienen en común lo siguiente:

- contienen los mismos ingredientes activos;
- se fabrican conforme a las mismas regulaciones federales estrictas

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la Administración de Alimentos y Medicamentos exige que los ingredientes activos tengan la misma fortaleza, pureza y calidad que las alternativas de marca. Las recetas surtidas con medicamentos genéricos tienen copagos menores bajo el programa de medicamentos con receta de TRS-ActiveCare. Para obtener más información sobre la lista de medicamentos de su plan, visite express-scripts.com/trsactivecare o comuníquese con el Servicio al Cliente de Express Scripts al (844) 367-6108.

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.

Educación y seguridad

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



Las leyes estatales y federales limitan el período de validez de receta médica, independientemente del número de resurtidos restantes. Revise la fecha de caducidad que figura en la orden de resurtido antes de volver a surtir su medicamento.

Programa de farmacias dentro de la red de Express Scripts

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

- en el caso del plan TRS-ActiveCare Primary, una vez que haya alcanzado el deducible del año del plan, pagará el porcentaje correspondiente del coseguro según el costo de la receta médica hasta que se alcancen sus gastos máximos de bolsillo;
- para el plan TRS-ActiveCare Primary+, después de que se haya alcanzado el deducible del medicamento con receta de marca, pagará cualquier copago o porcentaje de coseguro aplicable según el costo de la receta médica.

Su servicio preferido de farmacia es más conveniente cuando necesita un medicamento por un período corto. Por ejemplo, si necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las muchas farmacias que participan en el programa TRS-ActiveCare y obtener su medicamento el mismo día. En el caso de las recetas médicas a corto plazo, puede ahorrar dinero si acude a farmacias que participan en la red Express Scripts.

Farmacias con entrega a domicilio de Express Scripts

La farmacia con entrega a domicilio de Express Scripts le ofrece comodidad y posibles ahorros. Si necesita medicamentos en forma continua o a largo plazo, como medicamentos para tratar el asma o la diabetes, puede pedirle a su médico que recete un suministro de hasta 90 días con envío a su casa, además de resurtidos durante un año.

Cómo surtir un medicamento con receta con entrega a domicilio

Para nuevos medicamentos a largo plazo o de mantenimiento, pídale al médico que escriba dos recetas:

- la primera para un suministro de hasta 90 días, además de cualquier resurtido pertinente, para que se surta a través de la farmacia con entrega a domicilio de Express Scripts;
- la segunda para un suministro de hasta 31 días, que puede surtir en una farmacia de la red para su uso hasta que llegue su medicamento con receta con entrega a domicilio.

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

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

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

Farmacias dentro de la red de mantenimiento local

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

Farmacias fuera de la red

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

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

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

Surtimiento de recetas según las instrucciones del médico

Si surte una receta médica para un medicamento de marca que tiene una versión genérica (o equivalente) disponible, el farmacéutico puede darle la versión genérica en su lugar, a menos que usted o su médico hayan indicado en la receta médica que solo debe recibir el medicamento de marca.

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

Los 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 por pasos

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

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

Límites de cantidad

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

Autorización previa

Para algunos medicamentos, debe obtener la aprobación a través de una revisión de la cobertura antes de que el medicamento pueda cubrirse bajo su plan. El proceso de revisión de la cobertura permitirá que Express Scripts obtenga más información sobre su curso de tratamiento específico a fin de determinar si un medicamento determinado cumple con los requisitos para la cobertura en virtud de TRS-ActiveCare.

Proceso de revisión de cobertura

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

- express Scripts se comunicará con su médico para solicitar información adicional de la que aparece en la receta médica. Después de recibir la información necesaria, Express Scripts notificará a usted y a su médico para confirmar si se autorizó la cobertura;
- si se autoriza la cobertura, simplemente debe pagar su copago o coseguro normal por el medicamento. Si no se autoriza la cobertura, es posible que usted deba pagar el costo total. Si corresponde, puede hablar con su médico acerca de alternativas que podrían tener cobertura.

Programa de farmacia de medicamentos especializados de Accredo

Los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar condiciones de salud complejas, como cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, síndrome de inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio.

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

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

Programa de especialidad de SaveOnSP

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

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

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

SaveOnSP también se comunicará con usted si tiene que inscribirse en la asistencia de copago para cualquier medicamento que tome. Si decide no participar en el programa o si no se inscribe afirmativamente en la asistencia para el copago según lo requerido por el fabricante, será responsable del monto total del 30% de coseguro de los medicamentos especializados que sean elegibles para el programa SaveOnSP.

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

Nota importante:

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

Ventajas clave de usar Accredo

Accredo le ofrece muchas ventajas, que incluyen los siguientes:

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

* No disponible para todos los medicamentos especializados.

Administración de servicios médicos y enfermería para infusión de Accredo para medicamentos especializados

Los servicios de enfermería para infusión para medicamentos especializados seleccionados que se administran en el hogar o en un centro de infusión para pacientes ambulatorios tienen cobertura por el beneficio de la farmacia y se coordinan y surten mediante la farmacia de medicamentos especializados de Accredo. En el caso de medicamentos especializados no oncológicos que se administran por infusión y requieran la administración por parte de un profesional médico, una enfermera del equipo de cuidado de Accredo trabajará con usted y su proveedor a fin de evaluar su historial clínico y determinar las opciones clínicamente adecuadas (ubicación para la infusión) para los medicamentos especializados que deben ser proporcionados por un profesional médico. Las opciones pueden incluir hogar, centro de infusión para pacientes ambulatorios, consultorio del médico, etc. Las enfermeras del equipo de cuidado Accredo se comunicarán con los asegurados afectados para brindar ayuda y orientación. Ya sea que los administre un profesional de la salud, se inyecte usted mismo o los tome por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel más alto de servicio.

Coordinación de Beneficios (COB, en inglés)

TRS-ActiveCare/Express Scripts ofrece la coordinación de beneficios (COB, en inglés) como parte de su plan. Existen dos opciones para el pago de reclamaciones.

Envío de reclamación en papel

Bajo este programa, puede presentar una reclamación en papel a Express Scripts, junto con una Explicación de beneficios (EOB, en inglés) del pagador principal o un recibo por los gastos de bolsillo. Luego, Express Scripts le reembolsa el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura.

Envío de reclamación electrónica (solo locales)

En el momento de la compra, la farmacia envía de forma electrónica una reclamación secundaria al sistema de procesamiento de reclamaciones de Express Scripts en tiempo real por el saldo no pagado por el pagador principal. Luego, Express Scripts le reembolsará a la farmacia el monto que TRS-ActiveCare hubiera pagado si no existiera otra cobertura. En ese caso, usted es responsable del pago del saldo impago.

Si no hubo otra cobertura, el beneficio secundario no será más que su beneficio en virtud de TRS-ActiveCare. Por ejemplo: si pagó \$30 conforme al plan principal, pero su copago de TRS-ActiveCare hubiera sido de \$20, Express Scripts le reembolsará \$10 como beneficio secundario. Si su copago principal es de \$15, Express Scripts no paga ningún beneficio secundario porque usted hubiera pagado \$20 en ausencia de cualquier otra cobertura. Las reclamaciones se pagan o se niegan en función de las reglas del plan.

Exclusiones del plan para medicamentos con receta

Express Scripts y TRS revisan periódicamente las opciones de la lista de medicamentos en busca de formas de controlar los costos y, al mismo tiempo, conservar la elección individual y el acceso a medicamentos clínicamente eficaces. Como resultado, las exclusiones de medicamentos de la lista de medicamentos ocurrirán dos veces al año y normalmente entrarán en vigencia el 1 de enero y el 1 de julio, y según sea necesario en respuesta a la dinámica del mercado y la disponibilidad de medicamentos. Antes de los cambios en la exclusión de medicamentos, los pacientes que utilicen medicamentos que se van a excluir pueden recibir una notificación para ayudar a identificar posibles tratamientos sustitutos. Si desea obtener un listado completo de las exclusiones de la lista de medicamentos de este año, visite [express-scripts.com/trsactivecare](https://www.express-scripts.com/trsactivecare), seleccione “Explorar planes”, elija su plan correspondiente y abra “Exclusiones de la lista de medicamentos preferidos de TRS del 2024” para ver la lista.

Si la no cobertura de algún gasto es contraria a una ley por la que se rige el plan, la disposición se cambia automáticamente para cumplir con el requisito mínimo de la ley. No se realizará ningún pago bajo ninguna parte del plan para las siguientes categorías de exclusión de beneficios:

- medicamentos adquiridos sin receta médica; comúnmente llamados medicamentos de venta libre (OTC);
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de apoyo y otros dispositivos no médicos;
- recetas médicas que un participante del plan tiene derecho a recibir sin cargo conforme a cualquier ley de compensación de trabajadores o cualquier programa municipal, estatal o federal;
- estimulantes del crecimiento del cabello;
- medicamentos recetados para eliminar o reducir las arrugas en la piel;
- medicamentos de fertilidad;
- suministros para ostomías;
- productos de fluoruro tópicos;

- hormonas de crecimiento, a menos se cuente con autorización previa;
- cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento; vacunas exentas;
- productos de plasma o sangre (excepto factores de hemofilia);
- medicamentos con implicaciones cosméticas;
- medicamentos de marca con alternativas genéricas, formas de dosis más bajas o equivalentes de venta libre;
- cualquier medicamento que esté excluido según la Lista de Exclusiones del Plan General.

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

Apelación de determinaciones adversas de beneficios

Apelación no urgente

Si no está satisfecho con la decisión con respecto a su cobertura de beneficios o si recibe una determinación adversa de beneficios después de una solicitud de cobertura de una reclamación de beneficio de medicamentos con receta (incluida una reclamación que se considere negada porque la información faltante no se envió oportunamente), tiene derecho a apelar la determinación adversa de beneficios por escrito en un plazo de 180 días luego de la recepción del aviso de la decisión de cobertura inicial. La apelación puede iniciarla usted o su representante autorizado (como su médico). Para iniciar una apelación de cobertura, proporcione por escrito la siguiente información:

- su nombre;
- número del Asegurado de Express Scripts;
- el número de teléfono;
- el medicamento con receta por el cual se ha negado la cobertura de los beneficios;
- el código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que corresponde la receta médica (junto con la explicación correspondiente para esos códigos);
- cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación.

Esta información se debe enviar por correo a:

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

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

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

Si se niega su apelación de segundo nivel y usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de segundo nivel, puede iniciar una revisión externa. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en el aviso de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Apelación urgente (revisión urgente)

Tiene derecho a solicitar una apelación urgente para una determinación adversa de beneficios (incluida una reclamación considerada denegada porque la información faltante no se envió oportunamente) si su situación es urgente. Una situación urgente es aquella en la que el período para las determinaciones de atención médica que no es inmediata/urgente podría perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo, o, según la opinión de un médico con conocimiento de su condición de salud, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su reclamación. Las solicitudes de apelación urgente pueden ser verbales o escritas.

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

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

1-866-355-5999

www.bcbstx.com/trsactivecare

Página 142

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

Además, en situaciones urgentes, también tiene el derecho a solicitar de inmediato una revisión externa urgente (acelerada) en lugar de esperar hasta que se haya agotado el proceso de apelaciones interno descrito anteriormente, siempre que presente su solicitud de apelación interna de la determinación adversa de beneficios mientras solicita la revisión externa independiente. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en el aviso de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Revisión externa independiente

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

Revisión externa de apelaciones

Por lo general, para ser elegible para una revisión externa independiente, tiene que agotar el proceso interno de revisión de reclamaciones descrito anteriormente, a menos que su reclamación y sus apelaciones no se hayan revisado de acuerdo con todos los requisitos legales relacionados con reclamaciones de beneficios de farmacia y apelaciones, o que se trate de una apelación urgente. En el caso de una apelación urgente, puede enviar su apelación a Express Scripts, a la vez que solicita una revisión externa independiente, o bien puede enviar su apelación urgente para la revisión externa independiente después de completar el proceso interno de apelación.

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

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

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

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

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

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

Revisión externa no urgente

Una vez que haya enviado su solicitud de revisión externa, Express Scripts analizará su reclamación en un plazo de 11 días laborables para determinar si es elegible para la revisión externa y, en un plazo de 1 día laborable a partir de su decisión, le enviará una carta para informarle si su solicitud ha sido aprobada para la revisión externa.

Si es elegible para una revisión externa, Express Scripts asignará de forma aleatoria la solicitud de revisión a un Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés), recopilará la información de su apelación y la enviará al IRO en un plazo de 11 días laborables. El IRO le notificará por escrito que se recibió la solicitud de

revisión externa. La carta describirá su derecho a enviar información adicional para su consideración al IRO. Cualquier información adicional que envíe al IRO también se enviará a Express Scripts para su reconsideración.

El IRO revisará su reclamación dentro de los siguientes 45 días calendario y le enviará a usted y a Express Scripts un aviso de la decisión por escrito. Si no está satisfecho o no está de acuerdo con la decisión, su carta de determinación contendrá la información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguro médico o de un defensor del consumidor.

Medicamentos genéricos alternativos frente a medicamentos equivalentes genéricos

Medicamentos genéricos

Un medicamento que por lo general se vende con el nombre de sus ingredientes activos (los productos químicos que lo hacen funcionar) en lugar de bajo el nombre de una marca. Un genérico suele ser mucho menos costoso que su alternativa de marca. Hay dos clasificaciones de medicamentos genéricos: los medicamentos genéricos equivalentes están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), contienen los mismos principios activos, y son equivalentes a sus homólogos de marca en cuanto a seguridad, fortaleza, rendimiento, calidad y dosificación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la FDA, cuyos principios activos son diferentes de los de otro medicamento de marca.

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

Medicamentos genéricos alternativos frente a medicamentos equivalentes genéricos

Medicamentos genéricos

Un medicamento que por lo general se vende con el nombre de sus ingredientes activos (los productos químicos que lo hacen funcionar) en lugar de bajo el nombre de una marca. Un genérico suele ser mucho menos costoso que su alternativa de marca. Hay dos clasificaciones de medicamentos genéricos: los medicamentos genéricos equivalentes están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), contienen los mismos principios activos, y son equivalentes a sus homólogos de marca en cuanto a seguridad, fortaleza, rendimiento, calidad y dosificación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la FDA, cuyos principios activos son diferentes de los de otro medicamento de marca.

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

Medicamentos preventivos de la ACA

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

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

* Requiere la “excepción de servicio de prevención con copago cero para la prevención primaria de un diagnóstico de cáncer de mama”. Esta es una solicitud para permitir que un asegurado reciba Raloxifeno o Tamoxifen Citrato (solo productos genéricos) por \$0 de copago si se utiliza para el diagnóstico de “prevención principal del cáncer de mama”.

Para obtener más información específica sobre las opciones y limitaciones de la cobertura, comuníquese con el Servicio al Cliente de Express Scripts al (844) 367-6108.

Herramientas y recursos en línea de Express Scripts

El sitio web seguro para los asegurados de Express Scripts

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

Ofrece los siguientes servicios:

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

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

Aplicaciones móviles de Express Scripts

Descargue la aplicación móvil Express Scripts® y administre sus medicamentos con receta médica desde cualquier lugar. Puede solicitar resurtidos, revisar los costos de los medicamentos, ver su tarjeta de asegurado para medicamentos con receta y buscar una farmacia de la red en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar la aplicación en su iPhone o teléfono Android.



TRS ACTIVECARE
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

www.bcbstx.com/trsactivecare

786045.0624