



Manual de beneficios

Plan Estándar TRS-Care para participantes

Menores de 65 años sin Medicare

Vigente desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
<i>Descripción general de su plan</i>	3
<i>¿Qué sucede cuando cumple 65 años?</i>	4
<i>Beneficios dentro y fuera de la red</i>	5
<i>Información de contacto importante</i>	6
<i>Línea de ayuda de Servicio al Cliente</i>	6
<i>Sitio web de BCBSTX</i>	6
PROGRAMA DE COBERTURA	7
<i>Plan estándar TRS-Care</i>	7
QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS	18
<i>Elegibilidad e inscripción</i>	18
<i>¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?</i>	18
<i>Ambos cónyuges son jubilados de la pensión de TRS:</i>	21
<i>Cómo inscribirse</i>	21
<i>¿Cuándo es efectiva mi cobertura?</i>	22
<i>Eventos especiales de inscripción</i>	23
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	29
<i>Monto permitido</i>	29
<i>Administración de casos clínicos</i>	29
<i>Libertad de elección</i>	29
<i>Necesidad médica</i>	31
<i>ParPlan</i>	31
<i>Disposición de condiciones de salud preexistentes</i>	31
<i>Profesionales de atención médica especializada</i>	31
<i>Uso de proveedores sin contrato</i>	31
DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN	32
<i>Determinación de la utilización</i>	32
<i>Opción de revisión clínica recomendada</i>	32
<i>Revisión de la duración de la hospitalización/el servicio</i> ..	35
<i>Revisión de la necesidad médica posterior al servicio</i> ..	36
<i>No se ha obtenido una revisión clínica recomendada</i> ..	36
PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES	37
<i>Procedimientos para presentación de reclamaciones</i>	37
<i>Se requiere presentar reclamaciones</i>	37
<i>Quién presenta una reclamación</i>	37
<i>Dónde enviar los formularios de reclamación completos</i>	37
<i>Quién recibe el pago</i>	38
<i>Cuándo presentar una reclamación</i>	38
<i>Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX</i> ..	38
<i>Revisión de determinaciones de reclamación</i>	38
<i>Determinaciones de reclamación</i>	38
<i>Procedimientos para apelar decisiones/revisar</i>	42
<i>reclamaciones</i>	42
<i>Criterios de revisión externa</i>	45
<i>Revisión externa estándar</i>	46
<i>Revisión externa acelerada</i>	48
<i>Agotamiento</i>	49
<i>La interpretación de las disposiciones del plan del</i>	49
<i>patrocinador</i>	49
GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS	50
<i>Gastos elegibles</i>	50
<i>Copagos</i>	50
<i>Deducibles</i>	51
<i>Gasto máximo de bolsillo</i>	51
<i>Cambios en los beneficios</i>	51

SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA	52
<i>Gastos de hospitalización</i>	52
<i>Gastos médico-quirúrgicos</i>	52
<i>Gastos de atención médica a largo plazo</i>	54
<i>Gastos de prestaciones especiales</i>	55
LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN	73
DEFINICIONES	79
DISPOSICIONES GENERALES	95
<i>Agente de seguros</i>	95
<i>Enmiendas</i>	95
<i>Intereses de propiedad del administrador de</i>	95
<i>reclamaciones</i>	95
<i>Anti asignación y pago de beneficios</i>	95
<i>Cancelación</i>	95
<i>Responsabilidad de reclamaciones</i>	95
<i>Coordinación de beneficios</i>	96
<i>Autorización de divulgación</i>	99
<i>Género</i>	99
<i>Servicios de protección contra robo de identidad</i>	99
<i>Medicare</i>	99
<i>Relación con el participante/proveedor</i>	100
<i>Pago en exceso</i>	100
<i>Rescisión</i>	100
<i>Subrogación</i>	101
<i>Termina la cobertura</i>	101
<i>Continuación de la cobertura conforme a COBRA</i>	102
ENMIENDAS	105
<i>Enmiendas en la Ley de No Sorpresas</i>	106
AVISOS	112
<i>Otros acuerdos financieros independientes de los Planes</i>	112
<i>Blue Cross and Blue Shield con proveedores</i>	112
<i>Aviso sobre pagos que no aplican</i>	115
<i>Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de</i>	116
<i>1998</i>	116
<i>CONTINUACIÓN DE LOS DERECHOS DE</i>	118
<i>COBERTURA CONFORME A COBRA</i>	118
LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL	121
CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE RECETAS MÉDICAS A TRAVÉS DE EXPRESS SCRIPTS	122
<i>Acerca de Express Scripts</i>	122
<i>Lista de medicamentos preferidos</i>	122
<i>Medicamentos preventivos</i>	122
<i>Ahorre dinero en medicamentos con receta</i>	123
<i>Medicamentos genéricos y biosimilares</i>	123
<i>Educación y seguridad</i>	123
<i>Programa de farmacias locales</i>	123
<i>Cómo comprar con receta en farmacias locales</i>	124
<i>Servicios de manejo de la diabetes</i>	124
<i>Suministros para la diabetes</i>	124
<i>Programa de entrega a domicilio de Express Scripts</i>	125
<i>Exclusiones del plan para medicamentos con receta</i>	129
<i>Herramientas y recursos en línea de Express Scripts</i> ...	134

INTRODUCCIÓN

TRS-Care proporciona cobertura para muchas de sus necesidades de salud, incluidas visitas al consultorio con el médico, servicios de hospitalización y ambulatorios, salud mental, medicamentos con receta y más. Este documento es su guía de beneficios médicos de TRS-Care.

Se incluye información detallada acerca de su plan estándar TRS-Care, consejos sobre cómo utilizar el plan de manera eficaz y una tabla de contenido integral para ayudarlo a encontrar la información que pueda necesitar.

Se le proveerá cobertura bajo este *plan* independientemente de su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o condiciones de salud preexistentes. En este manual de beneficios existen disposiciones que afectan su cobertura de atención médica. Es esencial que lea detenidamente el manual de beneficios para que conozca los beneficios y los requisitos de su seguro de gastos médicos.

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

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

Descripción general de su plan

- los participantes de TRS-Care que no son elegibles para Medicare tienen una única opción de plan administrada por Blue Cross and Blue Shield de Texas. El plan estándar TRS-Care es un seguro de gastos médicos con deducible alto (HDHP, en inglés) que cumple con los estándares del Gobierno Federal de Estados Unidos. Esto significa que es compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés). TRS no administra una HSA, pero usted puede abrir una cuenta en un banco, cooperativa de crédito u otra institución financiera;
- el plan estándar TRS-Care incluye un deducible, coseguro y un gasto máximo de bolsillo. No hay copagos. Una vez que se alcanza el deducible, el plan paga un porcentaje de sus gastos incluidos y usted paga un porcentaje de los servicios; esto se conoce como coseguro;
- antes de que su cobertura empiece a pagar, deberá cumplir con un deducible anual. Si tiene cobertura solo individual, cumplirá solamente con el deducible individual. Si incluye a uno o más dependientes, como un cónyuge, debe cumplir con el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar por cualquier miembro de la familia incluido. El deducible familiar puede ser alcanzado por una persona o una combinación de miembros de la familia. El deducible se aplica a todos los gastos incluidos, A MENOS QUE la atención médica preventiva sea dentro de la red (que incluyen ciertos medicamentos genéricos preventivos con receta);
- el plan estándar TRS-Care tiene un deducible fuera de la red y un gasto máximo de bolsillo fuera de la red. Los deducibles dentro y fuera de la red y los gastos máximos de bolsillo son límites separados. Solo se aplicarán gastos dentro de la red para cumplir con el deducible dentro de la red y aplicar al gasto máximo de bolsillo dentro de la red. Solo se aplicarán los gastos fuera de la red para cumplir con el deducible fuera de la red y se aplicarán al gasto máximo de bolsillo fuera de la red;
- el plan estándar TRS-Care tiene un límite máximo de gasto de bolsillo establecido para protegerlo. El monto máximo de gasto de bolsillo es el que pagará por los servicios médicos incluidos y medicamentos con receta dentro de un año calendario;

En caso de no incluir ningún beneficio que no se encuentre enumerado específicamente en este documento, el plan estándar TRS-Care se establece de forma predeterminada en las guías y políticas de procesamiento de reclamos estándar BCBSTX.

- con un HDHP como el plan estándar TRS-Care, es importante ser un buen consumidor y aprovechar al máximo su plan. Usted ahorrará dinero y reducirá sus gastos de bolsillo de la siguiente manera:
 - a. eligiendo proveedores dentro de la red. Para localizar proveedores dentro de la red, inicie sesión

en Blue Cross and Blue Shield de Texas en www.bcbstx.com/trscarestandard;

- b. aprovechando los servicios de prevención, como los exámenes físicos anuales, exámenes de detección de cáncer, vacunas, vacunas contra la gripe y ciertos medicamentos genéricos preventivos con receta que están disponibles sin costo alguno para usted;
 - c. recibiendo atención en el lugar correcto para la situación correcta. Por ejemplo, visite la sala de emergencias en caso de situaciones que pongan en riesgo la vida y utilice la atención médica inmediata/urgente o Teladoc para servicios que traten síntomas de esguince o resfriados y gripe.
- el plan estándar TRS-Care no está asegurado, pero cuenta con autofinanciamiento a través del Fondo de Seguro Grupal para Empleados Retirados de la Escuela Pública de Texas. Para ayudar a conservar nuestros recursos compartidos, puede ser un consumidor informado y gastar su beneficio de dinero sabiamente. Debe comunicarse con BCBSTX para apelaciones médicas y con Express Scripts para apelaciones de medicamentos con receta;
 - este documento aborda los beneficios de medicamentos con receta y médicos del plan estándar TRS-Care para los jubilados y sus dependientes menores de 65 años, y no tiene cobertura de Medicare;
 - no dependa de otras personas para administrar su cobertura. TRS-Care no paga por todos los gastos médicos o de medicamentos en los que pueda incurrir. Usted puede ser responsable de una parte o la totalidad del costo, por lo tanto, sea un consumidor informado. Lea atentamente este documento y consulte el sitio web o llame a Servicio al Cliente de TRS-Care al 1-866-355-5999 si tiene preguntas antes de tomar decisiones sobre la atención médica;
 - usted es responsable de las decisiones que tome y de cumplir con las reglas de TRS-Care.

Si tiene preguntas, consulte el sitio web www.bcbstx.com/trscarestandard o llame a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Si utiliza un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*, independientemente de las circunstancias, es probable que deba pagar más que los *montos de los deducibles fuera de la red* y de los *coseguros*. La “*cantidad aprobada*” puede ser significativamente menor que la factura del proveedor cuando se utiliza un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*. Será responsable de cualquier monto que no esté incluido por el plan, incluido su *deducible* y *coseguro*, cuando corresponda.

Se requiere un formulario de información sobre reclamaciones (CIF, en inglés) cada 12 meses para los *participantes* principales de TRS-Care (aquellos que no tengan Medicare). Esta información se puede reportar llamando a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Visite www.bcbstx.com/trscarestandard y vaya a las secciones “Forms” (Formularios).

Dirección para reclamaciones médicas:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Claims Division
P.O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044
1-866-355-5999

No asuma nada. Consulte este documento o llame a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999 si tiene preguntas sobre su cobertura.

¿Qué sucede cuando cumple 65 años?

Si cumple 65 años o se vuelve elegible para recibir Medicare, es importante que notifique a TRS sobre su estado de Medicare.

- si reúne los requisitos para recibir un Medicare Parte A (hospitalización) sin costo de prima, regístrese para ello a través de la Administración de Seguridad Social. Puede realizar una solicitud en línea en www.ssa.gov/medicare, visitar la oficina local de Seguridad Social o llamar a Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778);
- adquiera Medicare Parte B a través de la Administración de Seguridad Social tan pronto como la inscripción esté disponible para usted. Debe adquirir y mantener Medicare Parte B para cumplir

con los requisitos para los beneficios de TRS-Care. La Administración de Seguridad Social puede confirmar su prima de Parte B; tenga en cuenta que no se deducirá de su pensión de TRS;

- si está actualmente inscrito en TRS-Care, cuando cumpla 65 años, BCBSTX le enviará un paquete con un formulario solicitando su número de Medicare. Complete el formulario y devuélvalo a TRS*;
- por separado, TRS le enviará un kit de inscripción. Revise los materiales en el interior. Si va a agregar dependientes, complete y envíe la solicitud de TRS-Care a más tardar 31 días a partir del final del mes en el que se jubile o cumpla 65 años.

Si cumple con los requisitos para la cobertura de TRS-Care y una vez que TRS verifica su información de Medicare, TRS lo inscribirá en los planes TRS-Care Medicare Advantage® y TRS-Care Medicare Rx®. Si TRS no recibe su número de Medicare, no podrá inscribirlo y corre el riesgo de perder la cobertura de TRS-Care por completo.

*Si es un jubilado o cónyuge sobreviviente que aún no tiene 65 años y terminó su cobertura de TRS-Care o no se inscribió durante su oportunidad de inscripción inicial, también puede inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años. También podrá agregar dependientes en ese momento. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, debe pedir una solicitud y enviarla a más tardar 31 días a partir del final del mes en el que cumple 65 años. Llame a TRS Health al 1-888-237-6762 para pedir una solicitud.

Cuando sea elegible por primera vez (generalmente a los 65 años o después de calificar para los beneficios por discapacidad para seguro social de Medicare Parte B), debe adquirirla. TRS le solicita encarecidamente inscribirse en Medicare tan pronto como sea elegible. Si no se inscribe lo suficientemente temprano para hacer que su fecha efectiva sea el primer día del mes de su cumpleaños, corre el riesgo de tener una interrupción en la cobertura.

Tenga en cuenta que el período para inscribirse en el programa de TRS-Care es más corto que el período de inscripción de Medicare. El período de inscripción para Medicare se extiende tres meses después de su cumpleaños número 65, pero debe presentar una solicitud para inscribirse en el programa TRS-Care a más tardar 31 días a partir del final del mes en el que cumplió 65 años.

Debe proporcionar su información de Medicare a TRS (de modo que pueda enviarla a BCBSTX) antes del primer día del mes de su cumpleaños. Si no le proporciona su información de Medicare a TRS, es posible que finalice su cobertura TRS-Care y no podrá volver a ingresar al programa, a menos que tenga un evento especial de inscripción.

Cumplir 65 años es una oportunidad de inscripción para jubilados y cónyuges sobrevivientes.

Si nunca se ha inscrito en TRS-Care antes, pero fue elegible para el programa cuando se jubiló, tiene una oportunidad adicional de inscribirse usted mismo y a sus dependientes elegibles a los 65 años. TRS enviará una postal a los jubilados de TRS antes de su cumpleaños número 65 para invitarlos a comunicarse con nosotros y obtener un paquete de inscripción (TRS 700EO). Los jubilados de TRS-Care, incluidos aquellos que están actualmente inscritos en TRS-Care, pueden agregar a sus dependientes elegibles a la cobertura de TRS-Care cuando el jubilado alcanza los 65 años.

NOTA: Esta oportunidad de inscripción no está disponible para cónyuges o hijos dependientes cuando cumplen 65 años.

Beneficios dentro y fuera de la red

Beneficios dentro de la red

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

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

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

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

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

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

Beneficios fuera de la red

Si elige *proveedores fuera de la red*, solo tendrá disponibles los *beneficios fuera de la red*. Si acude a un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*, se pagarán los beneficios a nivel de *beneficios fuera de la red*.

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

Usted será responsable de pagar lo siguiente:

- cargos facturados que superen el monto permitido según lo determine BCBSTX;
- coseguro, copagos y deducibles; y
- servicios limitados o sin cobertura.

Información de contacto importante

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

Línea de ayuda de Servicio al Cliente

Los guías personales de la salud pueden hacer lo siguiente:

- identificar su área de servicio del plan;
- proporcionarle información sobre proveedores de ParPlan y proveedores dentro de la red;
- distribuir formularios de reclamación;
- responder a sus preguntas sobre reclamaciones;
- ayudarlo a identificar 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, www.bcbstx.com/trscarestandard para obtener información sobre BCBSTX, tener acceso a los formularios mencionados en este manual de beneficios y mucho más.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

La siguiente tabla resume la cobertura disponible en virtud de su **Plan estándar TRS-Care**. Para obtener más detalles, consulte [SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA](#).

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

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deducibles por año calendario		
Por persona	\$1,650	\$3,300
Por familia	\$3,300	\$6,600
Gastos máximos de bolsillo por año calendario		
Por persona	\$5,650	\$11,300
Por familia	\$11,300	\$22,600
Servicios profesionales		
Proveedor de atención médica primaria (PCP): visita al consultorio o consulta a domicilio	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Médico especialista (“Especialista”): visita al consultorio o consulta a domicilio		
Servicios para pacientes hospitalizados		
Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , máxima cantidad aprobada de \$500 por día*
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de radiación y quimioterapia	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diálisis	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de terapia de infusión para pacientes ambulatorios		
Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>	\$1,000 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, sala de infusiones	\$30 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>	\$250 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes ambulatorios		
Arteriografías, Tomografía computarizada (CT, en inglés), Resonancia magnética (MRI, en inglés), Electroencefalograma (EEG, en inglés), Mielografía, Tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros servicios de radiografía	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Otros análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Laboratorios: entorno hospitalario para pacientes ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Diagnóstico por medio de imágenes de la mama (incluidas mamografías de diagnóstico, ecografías o resonancias magnéticas)	El plan paga el 100% después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de rehabilitación*		
Servicios de rehabilitación y terapias, fisioterapia y terapia ocupacional limitada a un máximo de 25* consultas. Servicios quiroprácticos limitados a un máximo de 20 consultas, todos los servicios facturados por un quiropráctico se aplicarán al máximo de consultas. * Las consultas adicionales están aprobadas si resultan médicamente necesarias	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Atención en maternidad y servicios de planificación familiar		
Atención en maternidad Prenatal Posnatal Servicios para pacientes hospitalizados** , por cada ingreso	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios de planificación familiar: <ul style="list-style-type: none"> • servicios de asesoramiento de diagnóstico, consultas y planificación; • inserción o extracción de dispositivo intrauterino (DIU), incluido el costo del dispositivo; • ajuste de diafragma o capuchón cervical, incluido el costo del dispositivo; • inserción o extracción de un dispositivo anticonceptivo subdérmico, incluido el costo del dispositivo; • medicamentos anticonceptivos inyectables, incluido el costo del medicamento; • esterilización voluntaria; • vasectomía. 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios anticonceptivos</i> descritos en Servicios de atención médica preventiva .	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

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

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios para la infertilidad <ul style="list-style-type: none"> condiciones de salud subyacentes/crónicas 	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de salud mental		
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD, en inglés): consultorio	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): otros servicios para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): servicios en centros	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible, máxima cantidad aprobada de \$500 por día*
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, enfermedad mental grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD): servicios profesionales	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de atención médica de emergencia		
Lesiones accidentales y atención médica de emergencia Centro (Si es admitido, se aplicarán los cargos descritos en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i>). Médico	20% de coseguro después del deducible	
Atención médica que no es de emergencia Centro Médico	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de atención médica inmediata/urgente		
Atención médica inmediata/urgente	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Clínicas de salud en comercios locales		
Clínicas de salud en comercios locales	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Servicios de ambulancia		
Servicios de ambulancia, por servicio	20% de coseguro después del deducible	

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de atención médica a largo plazo		
Servicios del centro de enfermería especializada , por cada día, hasta 25 días por <i>año calendario</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
Cuidados de hospicio , por consulta	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que tenga cobertura de otro modo en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
Atención médica en el hogar , por consulta, hasta 120 consultas por <i>año calendario</i> combinadas con <i>Enfermería de servicio privado</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Enfermería de servicio privado , por consulta, hasta 120 consultas por <i>año calendario</i> combinadas con <i>Atención médica en el hogar</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

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

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención		
Exámenes preventivos para hijo hasta los 17 años	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Evaluaciones médicas periódicas para los <i>participantes</i> de 18 años de edad o más	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Vacunas <ul style="list-style-type: none"> • vacunas de la infancia requeridas por ley para los <i>participantes</i> hasta los 6 años; • vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para los <i>participantes</i> mayores de 6 años. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Medición de la masa ósea para detección de osteoporosis, limitada a una cada dos años para <i>participantes</i> femeninas de 65 años o más y <i>participantes</i> masculinos de 70 años o más.	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
El examen preventivo para la mujer, una vez por <i>año calendario</i> , incluye, entre otros, un examen de detección del cáncer cervical (Papanicolaou), para <i>participantes</i> femeninas mayores de 21 años de edad.	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Mamografía de detección para <i>participantes</i> femeninas de 35 años de edad o más y para <i>participantes</i> femeninas con otros factores de riesgo, una vez por <i>año calendario</i> . <ul style="list-style-type: none"> • centro para pacientes ambulatorios o centros de diagnóstico por imágenes. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios y suministros anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> • educación sobre anticonceptivos; • asesoramiento; • ciertos métodos anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA; • dispositivos y procedimientos de esterilización femenina. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) consultas por <i>año calendario</i>; • los extractores de leche eléctricos tienen un límite de uno (1) cada 36 meses <p>(los extractores de leche de calidad hospitalaria tienen cobertura hasta un máximo de \$150).</p>	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de prevención (continuación)		
Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para <i>participantes</i> de 45 años o más: <ul style="list-style-type: none"> • prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por <i>año calendario</i>; • sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años; • colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años; • Cologuard, limitado a 1 cada 3 años. 	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Exámenes de rutina de la vista incluidos para <i>participantes</i> con diabetes	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Primer par de anteojos, armazones y lentes, o lentes de contacto adquiridos dentro de los 12 meses después de una cirugía intraocular o una lesión accidental	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de enfermedades cardiovasculares, limitada a 1 cada 5 años <ul style="list-style-type: none"> • tomografía computarizada (CT, en inglés); • ultrasonografía. 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Prueba de detección temprana de cáncer de ovario (prueba de sangre CA125), una vez por <i>año calendario</i>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Examen de detección de cáncer de próstata para <i>participantes</i> de 40 años de edad o más, una vez por <i>año calendario</i>	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Procedimientos quirúrgicos dentales		
Procedimientos quirúrgicos dentales (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética		
Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Cuidado de las alergias		
Exámenes y evaluación	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Inyecciones	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Suero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Atención de la diabetes		
Capacitación para el manejo personal de la diabetes , por cada consulta	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Equipos para la diabetes (suministros para la diabetes incluidos en el plan farmacéutico)		
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 <i>año calendario</i> , para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes.	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Aparatos auditivos		
Audífonos e implantes cocleares para <i>participantes</i> de hasta 19 años. Máximo de \$1,000 cada 36 meses para audífonos. Implante coclear límite de uno (1) por oído afectado cada tres años para <i>participantes</i> hasta la edad de 19 años, con reemplazos según haya <i>necesidad médica</i> o audiológica.	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios para el habla		
Servicios para el habla , la terapia auditiva no tiene cobertura	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>

PROGRAMA DE COBERTURA
Plan Estándar TRS-Care

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health		
Médicos* –		
<ul style="list-style-type: none"> • Teladoc 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , el arancel por consulta médica de \$42 se aplica al <i>deducible</i>	No aplicable
<ul style="list-style-type: none"> • RediMD 	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , el arancel por consulta médica de \$30 se aplica al <i>deducible</i>	No aplicable
Salud mental: Teladoc (para <i>participantes</i> de 13 años o más)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , las tarifas por consulta de salud mental se aplican al <i>deducible</i> : <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra (consulta inicial) \$185.00; • psiquiatra (consultas continuadas) \$95.00; • psicólogo, trabajador social clínico profesional \$85.00. 	No aplicable

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

- 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; uno de los padres debe estar presente en la cita para un hijo menor. El costo es de \$35 por consulta.

PROGRAMA DE COBERTURA

Plan estándar TRS-Care

	Centro designado de Blue Distinction Center+	Centro designado de Blue Distinction	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Blue Distinction Centers				
Cirugía bariátrica*	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Trasplantes	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	0% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> por servicios para pacientes hospitalizados [†] y ambulatorios

* La cirugía bariátrica solo tendrá cobertura en centros específicos del Blue Distinction Center+ (BDC+). Consulte la lista completa en la sección **Blue Distinction Center+ Centros de Cirugía Bariátrica Designados**. Si el *participante* que busca cirugía bariátrica vive fuera de Texas, esta lista de centros aprobados no se aplica. Sin embargo, los servicios proporcionados fuera de Texas solo están incluidos cuando se proporcionan en un centro BDC+.

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

Centros designados del 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	

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

PROGRAMA DE COBERTURA *Plan estándar TRS-Care*

Elegibilidad del dependiente

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

Los hijos *dependientes* no son elegibles para los beneficios de atención en maternidad.

Condiciones de salud preexistentes

Los condiciones de salud preexistentes tienen cobertura inmediatamente.

QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS

Elegibilidad e inscripción

En esta sección, se proporciona un vistazo de los requisitos de elegibilidad e inscripción de TRS-Care.

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?

Jubilados de servicio

Un jubilado debe tener al menos 10 años de crédito de servicio en TRS al momento de la jubilación. Este crédito de servicio puede incluir hasta cinco años de crédito de servicio militar, pero no puede incluir ningún otro crédito de servicio especial o equivalente adquirido. Además del requisito de “10 años de crédito de servicio”, debe cumplir con uno de los siguientes requisitos al momento de la jubilación:

- la suma de su edad y los años de crédito de servicio en TRS es igual o superior a 80 (con al menos 10 años de crédito de servicio), independientemente de si tuvo una reducción en la jubilación para los primeros años (los años de crédito de servicio pueden incluir servicios adquiridos);
- tiene 30 o más años de crédito de servicio para la jubilación TRS (incluido el servicio adquirido).

Nota: El crédito de servicio combinado en virtud del Programa de jubilación proporcional no se puede utilizar a fin de establecer la elegibilidad para TRS-Care o cualquier otro tipo de beneficio que no sean los beneficios de jubilación de servicio. Un jubilado no es elegible para inscribirse en el Programa TRS-Care si es elegible para ERS, UT System o la cobertura del programa de beneficios de salud del Texas A&M System.

Jubilados por discapacidad

Los individuos son elegibles para participar en TRS-Care cuando se convierten en jubilados por discapacidad bajo la jubilación de TRS. Una vez inscrito en TRS-Care como jubilado por discapacidad, la participación continúa si la persona es un jubilado por discapacidad según el fondo de jubilaciones TRS. Si solicita una cobertura médica por discapacidad, es posible que se comuniquen con usted para validar su estado de discapacidad con respecto a la seguridad social de Medicare.

Nota: La cobertura para jubilados por discapacidad que cuentan con menos de 10 años de crédito de servicio en la pensión de TRS solo continúa hasta el número total de años de crédito de servicio. Por lo tanto, la cobertura para ese jubilado por discapacidad terminará cuando finalicen los beneficios de jubilación por discapacidad bajo el fondo de jubilaciones TRS. Un jubilado por discapacidad es elegible para inscribirse en TRS-Care, incluso si es elegible para ERS, UT System o la cobertura del programa de beneficios de salud del Texas A&M System.

Dependiente

Los siguientes dependientes son elegibles para inscribirse en TRS-Care:

- un cónyuge, incluida una pareja de hecho (esta no se considera elegible, a menos que se haya presentado una Declaración de Matrimonio Informal ante un organismo gubernamental autorizado)
 - un hijo menor de 26 años que es: un hijo natural;
 - a. un hijo adoptivo o una persona legalmente puesta en adopción;
 - b. un menor bajo custodia provisional (foster child);
 - c. un hijastro;
 - d. un nieto que vive con usted y por lo menos el 50% de la manutención del nieto depende de usted;
 - e. cualquier otro hijo que tenga una relación habitual de padre/madre e hijo según lo determine TRS.*
- * **Cualquier otro hijo que tenga una relación normal de padre/madre e hijo:** un hijo que no es su nieto; el hijo no está casado; la residencia principal del hijo es su hogar; usted brinda al menos el 50% de la manutención del hijo; ninguno de los padres naturales del hijo reside en su hogar; tiene el derecho legal de tomar decisiones sobre la atención médica del hijo y tiene la tutela legal completa (se requiere documentación).
- un hijo (independientemente de su edad) que vive con o tiene su cuidado proporcionado por el jubilado o el cónyuge sobreviviente de forma regular, si el hijo tiene una discapacidad mental o física en tal medida que depende del jubilado o del cónyuge sobreviviente para el cuidado y la manutención, según lo determinado por TRS.
 - a. cualquier otro hijo menor de 26 años (soltero) que tenga una relación de padre/madre e hijo con el jubilado o el cónyuge sobreviviente;

- b. se requerirá la documentación apropiada para determinar que estos hijos cumplan con los criterios de elegibilidad de TRS-Care. Cuando el adulto responsable no es un abuelo, la relación normal entre padre/madre e hijo significa que:

- (1) usted proporciona al menos el 50% de la manutención del hijo;
- (2) el padre o la madre natural del hijo no reside en el mismo hogar;
- (3) usted tiene el derecho legal de tomar decisiones con respecto a la atención médica del hijo;*
- (4) tiene la tutela legal completa (se requiere documentación).

* Este requisito no se aplica a los dependientes mayores de 18 años.

La cobertura para sus dependientes generalmente será efectiva en la fecha en que su cobertura entra en vigencia si, para ese momento, solicitó la cobertura para el dependiente.

Los hijos que deben tener cobertura por una orden de asistencia de un médico calificado serán elegibles en la fecha de la decisión del tribunal, si se realiza una solicitud por escrito dentro de los 31 días posteriores al hecho jurídico. La cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a partir de la fecha de la orden del tribunal. Una orden judicial para un cónyuge (o excónyuge) no requiere que el plan proporcione cobertura al dependiente.

Si usted es el padre/madre sin la custodia de un hijo que debe tener cobertura debido a una orden de asistencia de un médico calificado, debe proporcionar pruebas de la reclamación al padre/madre que tiene la custodia. Los beneficios de dicha reclamación se pagarán al padre/madre que tenga la custodia.

Los dependientes elegibles también pueden inscribirse en caso de un evento especial de inscripción, tal como se describe en la subsección [Eventos especiales de inscripción](#) a continuación.

La cobertura del dependiente continuará siempre que se realice el pago mensual y el dependiente siga siendo elegible. Las contribuciones mensuales están sujetas a cambios.

Algunos tipos de dependientes requerirán documentación adicional para determinar si cumplen con los criterios de elegibilidad.

¿Puede un hijo dependiente discapacitado ser un dependiente elegible incluso si tiene 26 años o más?

Un hijo con discapacidad, independientemente de la edad del hijo, puede inscribirse solamente dentro del período de inscripción inicial del jubilado o cónyuge sobreviviente, durante un evento especial de inscripción, o cuando el jubilado o cónyuge sobreviviente alcanzan los 65 años, si el jubilado o cónyuge sobreviviente ya está inscrito en TRS-Care cuando cumple 65 años.

Los beneficios de gastos médicos para un hijo completamente discapacitado no terminarán porque el hijo alcance la edad máxima para un hijo dependiente, si el hijo es discapacitado, dependiente de usted para obtener apoyo y sin casarse.

Sin embargo, se requerirá documentación médica para determinar la incapacidad.

Los hijos serán considerados incapacitados si no pueden ganarse su propia vida porque están incapacitados mental o físicamente, y dependen de usted para recibir apoyo y mantenimiento.

Los formularios de "hijo incapacitado" se enviarán por correo al participante. El médico del hijo debe completar uno y el otro debe completarlo el participante. La prueba de que su hijo está completamente discapacitado se debe enviar a TRS dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que su hijo alcance los 26 años o cuando se inscribió por primera vez.

BCBSTX puede requerir una prueba de la continuación de la discapacidad. BCBSTX, a su propio cargo, también puede requerir un examen de su hijo tan a menudo como sea necesario mientras la discapacidad continúa. No se requerirá realizar un examen más de una vez al año después de dos años a partir de la fecha en que su hijo alcance los 26 años.

La cobertura se suspende cuando se produce lo primero de lo siguiente:

- suspensión de la discapacidad;
- no se proporcionan pruebas de que la discapacidad continúa;
- incumplimiento de algún examen requerido;
- matrimonio del hijo discapacitado;
- termina la cobertura de dependiente para el hijo por cualquier motivo que no sea que alcanzó los 26 años de edad.

Otras situaciones

Ya estoy inscrito en TRS-ActiveCare:

TRS-Care (para jubilados) es un plan separado y distinto de TRS-ActiveCare (para empleados de escuelas activos). Cuando se jubile, debe enviar un formulario de solicitud que le indique a TRS si desea inscribirse usted y a sus dependiente en TRS-Care.

Además, asegúrese de comunicarse con el funcionario de su escuela para verificar la fecha de terminación de TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados de la pensión de TRS:

Si ambos cónyuges son jubilados de la pensión de TRS y cada uno cumple con los requisitos de elegibilidad de TRS-Care individualmente, cada uno se puede inscribir por separado en TRS-Care como individuos, lo que puede ser ventajoso en términos financieros. Llame al **1-888-237-6762** si desea obtener más información.

Un jubilado de la pensión de TRS puede estar incluido por TRS-ActiveCare como dependiente de un empleado activo que está inscrito en TRS-ActiveCare.

Cómo inscribirse

Después de enviar su solicitud de jubilación (formulario TRS 30) a TRS y que se procese, recibirá un paquete de inscripción TRS-Care que incluye una solicitud para TRS-Care (Formulario TRS 700A). Si desea inscribirse en TRS-Care, complete la solicitud y envíela de vuelta a TRS.

Si está solicitando una jubilación por discapacidad, TRS le enviará un paquete de inscripción a TRS-Care si se aprueba su jubilación por discapacidad.

Durante su período de inscripción inicial para *TRS-Care*, si decide no inscribirse, no necesita realizar ninguna acción. Solo necesita enviar una aplicación si desea inscribirse en TRS-Care.

Cuándo puede inscribirse

Período de inscripción inicial para jubilados

Si es un jubilado de servicio, su período de inscripción inicial es lo que suceda más tarde de lo siguiente:

- el período que comienza en la fecha efectiva de su jubilación y expira al final del último día del mes en que se cumplen tres meses calendario consecutivos, pero en ningún caso menos de 90 días, desde la fecha efectiva de su jubilación;
- el período que comienza el último día del mes en el que su decisión de jubilarse es recibida por TRS y vence al final del último día del mes en que se cumplen tres meses calendario consecutivos, pero en ningún caso menos de 90 días, desde el último día del mes en el que TRS recibe su decisión de jubilarse.

Su solicitud de TRS-Care (Formulario 700A o 700M de TRS) vence a más tardar el último día del período de inscripción inicial. Consulte la tabla "Período de inscripción inicial para TRS-Care" a continuación para obtener más información.

Período de inscripción inicial para jubilados por discapacidad

Si es un jubilado por discapacidad, su período de inscripción inicial comienza en la fecha en que su jubilación por discapacidad es aprobada por la Junta médica de TRS y vence al final del último día del mes calendario en que se cumplen tres meses consecutivos, pero en ningún caso menos de 90 días, desde la fecha en que su jubilación por discapacidad fue aprobada por la Junta médica de TRS.

Período de inscripción inicial en caso de fallecimiento de un jubilado o asegurado activo

El período inicial de inscripción en TRS-Care para un cónyuge sobreviviente o hijo dependiente sobreviviente elegible de un jubilado fallecido vence el último día del mes en que se cumplen tres meses calendario consecutivos, pero en ningún caso menos de 90 días, desde que el jubilado muere.

El período de inscripción inicial en TRS-Care para un cónyuge sobreviviente o hijo dependiente sobreviviente elegible de un asegurado activo fallecido vence el último día del mes en que cumplen tres meses calendario consecutivos, pero en ningún caso menos de 90 días, desde que el jubilado muere.

Período inicial de inscripción para TRS-Care

Tres meses consecutivos, pero no menos de 90 días

FECHA DE JUBILACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO TRS 700A
30 de septiembre	31 de diciembre
31 de octubre	31 de enero
30 de noviembre	28 (o 29) de febrero
31 de diciembre	31 de marzo
31 de enero	1 de mayo
28 (o 29) de febrero	31 de mayo
31 de marzo	30 de junio
30 de abril	31 de julio
31 de mayo	31 de agosto
30 de junio	30 de septiembre
31 de julio	31 de octubre
31 de agosto	30 de noviembre

¿Cuándo es efectiva mi cobertura?

Fecha efectiva de la cobertura

La fecha efectiva de la cobertura será (1) el primer día del mes siguiente a su fecha efectiva de jubilación, si TRS recibe su solicitud de inscripción inicial a TRS-Care (Formulario TRS 700A o 700M) en la fecha efectiva de jubilación o antes; o (2) el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de cobertura por parte de TRS-Care, si recibe su formulario después de su fecha efectiva de jubilación, pero dentro de su período de inscripción inicial.

Si desea que su cobertura sea efectiva el primer día del mes siguiente a su fecha de jubilación, TRS debe recibir la solicitud antes o el día de su jubilación. Esto también aplica a jubilados por discapacidad.

Durante su período de inscripción inicial, aún puede realizar cambios en sus decisiones de cobertura. La fecha efectiva de la cobertura de cualquier nueva decisión es el primer día del mes después de que TRS recibe la nueva aplicación que solicita la cobertura de jubilación.

Posponer la cobertura

Durante su período de inscripción inicial, puede posponer la fecha efectiva de su cobertura de TRS-Care al primero de cualquiera de los tres meses subsiguientes a la fecha de jubilación. Por ejemplo, si su fecha de jubilación es el 31 de mayo, la fecha de inicio de la cobertura de TRS-Care (normalmente, 1 de junio) puede posponerse hasta el 1 de julio, el 1 de agosto o el 1 de septiembre. Para posponer la fecha efectiva, debe escribir la fecha de inicio de la cobertura en el espacio proporcionado en la solicitud de inscripción inicial. Si tiene preguntas acerca de la postergación de su fecha efectiva, llame al **1-888-237-6762**.

¿Mis hijos y yo calificamos para TRS-Care como dependientes sobrevivientes?

Usted es elegible para elegir la cobertura como cónyuge sobreviviente de un jubilado de TRS si estuvo casado con este al momento de su fallecimiento; y ese jubilado era elegible para, o hubiera sido elegible para, la cobertura en virtud de este programa.

El cónyuge sobreviviente debe elegir la cobertura para los hijos dependientes que desea cubrir. Si los hijos dependientes de un jubilado elegible han sobrevivido al jubilado y al cónyuge del jubilado, entonces son elegibles para elegir la cobertura.

Usted es elegible para continuar o elegir la cobertura como cónyuge sobreviviente de un asegurado activo fallecido el 1 de septiembre de 1986 o después, si el asegurado activo fallecido tuvo 10 años de crédito de servicio en el sistema de jubilación por servicio efectivo en escuelas públicas de Texas y realizó contribuciones a TRS-Care en el último lugar de trabajo en la educación pública de este estado. La cobertura del cónyuge e hijos dependientes sobrevivientes continuará mientras se realice el pago mensual. Los hijos dependientes sobrevivientes deben cumplir con los criterios de elegibilidad aplicables de TRS-Care.

La elegibilidad para la cobertura comienza el primer día del mes posterior al fallecimiento del jubilado, asegurado activo o cónyuge sobreviviente. Las solicitudes para realizar cambios (TRS700C o TRS700D) deben enviarse a TRS-Care 31 días después del fallecimiento del jubilado, asegurado activo o cónyuge sobreviviente, o 31 días después de que TRS-Care envíe la aplicación para realizar cambios, lo que suceda más tarde.

Un cónyuge sobreviviente de un jubilado o asegurado activo fallecido que era elegible para TRS-Care puede continuar con su propia cobertura, pero no puede cubrir a un cónyuge luego de contraer matrimonio.

Eventos especiales de inscripción

Los eventos especiales de inscripción son oportunidades para inscribirse en TRS-Care fuera de su período de inscripción inicial. Puede calificar para TRS-Care en virtud de las disposiciones de inscripción especial de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Existen dos categorías generales de eventos especiales de inscripción.

- una persona tiene una pérdida involuntaria de una cobertura médica integral;
- una persona tiene un nuevo dependiente.

Pérdida de elegibilidad para otra cobertura

Un jubilado o cónyuge sobreviviente pierde cobertura

Si usted, como jubilado o cónyuge sobreviviente, no está inscrito en TRS-Care y no por culpa suya pierde la cobertura médica completa con otro seguro de gastos médicos, podría inscribirse en TRS-Care en un evento de inscripción especial. Sin embargo, de lo contrario, debe ser elegible para TRS-Care y debe ser capaz de demostrar que perdió involuntariamente la cobertura médica integral.

La pérdida de la cobertura para discapacidad, enfermedad especificada, de la vista, dental u otra cobertura que no sea médica integral no da lugar a un evento especial de inscripción.

Si aún no está inscrito en TRS-Care en el momento en que experimenta una pérdida involuntaria de la cobertura integral y no por culpa suya, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes elegibles en TRS-Care en un plazo de 31 días después de la pérdida de la cobertura del otro seguro de gastos médicos integral.

Si pierde la cobertura con otro plan, será importante mantener su aviso de rescisión con el fin de confirmar a TRS que la pérdida de la cobertura fue involuntaria.

Certificado de cobertura

TRS puede solicitarle una carta de cobertura que indique el período exacto en que su aseguradora anterior le proporcionó una cobertura médica integral y el motivo por el que perdió la cobertura. TRS también puede solicitarle que proporcione otras cartas de cobertura para cualquier dependiente elegible que desee inscribir en TRS-Care.

Un cónyuge u otro dependiente elegible pierde cobertura

Cuando un cónyuge u otro dependiente elegible no está inscrito en TRS-Care y no por culpa suya pierden la cobertura médica integral con otro seguro de gastos médicos, puede inscribir a sus dependientes elegibles en TRS-Care en un plazo de 31 días después de la pérdida involuntaria del otro seguro de gastos médicos del dependiente. Si inscribe a un dependiente elegible, también debe inscribirse en TRS-Care (si aún no está inscrito).

Entre los ejemplos de pérdida involuntaria de la cobertura médica integral se incluyen los siguientes:

- divorcio o la separación legal que hace que pierda la cobertura del seguro de gastos médicos integral de su cónyuge;
- un dependiente ya no se considera “incluido” en un seguro de gastos médicos integral de los padres;
- el fallecimiento de su cónyuge lo deja sin una cobertura médica integral en su plan;
- su empleo termina junto con la cobertura según el seguro de gastos médicos integral de su empleador, o el empleo de su cónyuge termina junto con su cobertura según el seguro de gastos médicos integral del empleador de su cónyuge;
- su empleador reduce sus horas de trabajo al punto en el que ya no tiene cobertura del seguro de gastos médicos integral;
- su plan decide que ya no ofrecerá una cobertura médica integral a un determinado grupo de personas (por ejemplo, aquellos que trabajan a tiempo parcial);
- una persona pierde la cobertura del Programa de seguro médico para hijos (CHIP) o Medicaid del estado, o se vuelve elegible para recibir asistencia especial bajo aquellos programas de cobertura grupal de seguro de gastos médicos (HIPP);
- una persona pierde la cobertura de un plan suplementario de Medicare (por ejemplo, Medigap) o de un plan individual de Medicare Advantage de forma involuntaria;
- ya no vive o trabaja en un área de servicio de HMO y pierde la cobertura médica integral.

Entre otros eventos posibles, los siguientes no son elegibles para un evento especial de inscripción:

- disminución de otras coberturas porque las primas aumentan;
- termina la cobertura por el incumplimiento en el pago de las primas;
- termina la cobertura con causa (como iniciar una reclamación fraudulenta o una tergiversación intencional de un hecho relevante en relación con la cobertura).

Nuevos dependientes

Un jubilado o cónyuge sobreviviente (inscrito o elegible de otro modo para TRS-Care) que tenga un dependiente elegible mediante el matrimonio, el nacimiento, la adopción, la asignación o la tutela debe notificar a TRS por escrito dentro de los 31 días de la fecha en que se hace cargo del dependiente elegible, para que la inscripción sea válida.

Por ejemplo, si un jubilado elegible de otro modo no está inscrito actualmente en TRS-Care en el momento en que se casa, el jubilado podrá inscribirse él mismo, junto con cualquier dependiente elegible, durante un período especial de inscripción. Sin embargo, un cónyuge sobreviviente no puede inscribir a un nuevo cónyuge si se vuelve a casar.

La inscripción será efectiva:

- en el caso del nacimiento del dependiente, en la fecha de nacimiento;
- en el caso de la adopción del dependiente, en la fecha de dicha adopción o la implementación de la adopción;
- en el caso de tutela, el primer día del mes después de que TRS-Care recibe la solicitud por escrito.

Se requiere documentación para establecer la elegibilidad de todos los nuevos dependientes.

Un matrimonio de derecho consuetudinario no se considera un evento especial de inscripción, a menos que exista una Declaración de matrimonio informal que se haya presentado ante un organismo gubernamental autorizado.

Cumplir 65 años: una nueva oportunidad de inscripción

Si es un jubilado o cónyuge sobreviviente que aún no tiene 65 años y terminó su cobertura de TRS-Care o no se inscribió durante su oportunidad de inscripción inicial, puede inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años. También puede agregar dependientes elegibles en ese momento.

Antes de su cumpleaños número 65, TRS le enviará instrucciones sobre cómo inscribirse. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, debe pedir una solicitud de cobertura de TRS-Care (Formulario 700EO) y enviarla a más tardar 31 días a partir del final del mes en el que cumple 65 años. Llame a TRS Health al **1-888-237-6762** para pedir una solicitud.

TRS no siempre tiene información sobre los cónyuges sobrevivientes en sus registros. Los cónyuges sobrevivientes son responsables de pedir y enviar su solicitud de cobertura dentro de los 31 días posteriores al final del mes en el que cumplen 65 años.

Tenga en cuenta que esta oportunidad de inscripción no está disponible para cónyuges o hijos dependientes cuando cumplen 65 años.

Cuando reúne los requisitos para recibir Medicare, debe adquirir y mantener la cobertura de Medicare, incluida la cobertura de Medicare Parte B, para inscribirse en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage® y en el plan de medicamentos con receta TRS-Care Medicare Rx®. Corre el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care si no tiene cobertura de Medicare Parte B cuando califica para adquirirla.

¿Tiene pensado jubilarse debido a una discapacidad?

Si planea jubilarse debido a una discapacidad, pagará las primas correspondientes, dependiendo de si se cubre solo a usted mismo o a sus dependientes.

¿Ya se jubiló debido a una discapacidad?

Las primas son determinadas por la elegibilidad de Medicare del jubilado de TRS o del cónyuge sobreviviente, independientemente del estado de Medicare de sus dependientes. Por ejemplo, si es jubilado de TRS y aún no es elegible para Medicare, pero cubre a su cónyuge que sí es elegible para Medicare, pagaría \$689 por mes porque usted, el jubilado, aún no es elegible para Medicare.

¿Cuándo soy elegible para recibir Medicare?

En la mayoría de los casos, es elegible para recibir Medicare a los 65 años de edad o puede ser elegible a cualquier edad si ha recibido beneficios por discapacidad de seguridad social.

Elegibilidad para Medicare a los 65 años de edad

TRS le solicita encarecidamente inscribirse en Medicare tan pronto como sea elegible para hacerlo. Puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumple 65 años. Cuanto antes se registre, más pronto TRS podrá verificar su estado de Medicare e inscribirlo. Idealmente, su cobertura de Medicare será efectiva el primer día del mes de su cumpleaños. Si su cumpleaños es el primer día del mes, su cobertura de Medicare será efectiva el primer día del mes anterior (el primero del mes anterior a su cumpleaños).

Tenga en cuenta que **el período para inscribirse en el programa de TRS-Care es más corto que el período de inscripción de Medicare**. El período de inscripción para Medicare se extiende por tres meses después del mes de su cumpleaños número 65, pero debe presentar una solicitud para inscribirse en el programa TRS-Care a más tardar 31 días después del final del mes en que cumplió 65.

Una vez que es elegible para recibir Medicare, debe adquirir y mantener Medicare Parte B para cumplir con los requisitos para los beneficios de TRS-Care. Esto es obligatorio, incluso si no califica para recibir Medicare Parte A sin costo de prima. No tiene que adquirir el Parte A si aún no es gratuito, pero sí debe comprar Medicare Parte B. Si no adquiere y mantiene Medicare Parte B, corre el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care.

Elegibilidad de Medicare para enfermedad renal en fase final (ESRD, en inglés)

Si es elegible para Medicare debido a una ESRD, Medicare es pagador secundario de TRS-Care, ya que las normas federales requieren que la cobertura de TRS-Care sea la principal durante cierto período. Una vez que su Medicare Parte A se convierta en su cobertura principal, su prima mensual de TRS-Care y su deducible de TRS-Care disminuirán. Si es elegible debido a una ESRD, informe a TRS por teléfono o por escrito.

¿Qué pasos debo seguir cuando cumpla 65 años?

Es elegible para recibir Medicare a los 65 años de edad y puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumple 65.

- si reúne los requisitos para recibir un Medicare Parte A (hospitalización) sin costo de prima, regístrese para ello a través de la Administración de Seguridad Social. Puede realizar una solicitud en línea en www.ssa.gov/medicare, visitar la oficina local de Seguridad Social o llamar a Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778);

- adquiera Medicare Parte B a través de la Administración de Seguridad Social tan pronto como la inscripción esté disponible para usted. Debe adquirir y mantener Medicare Parte B para cumplir con los requisitos para los beneficios de TRS-Care. La Administración de Seguridad Social puede confirmar su prima de Parte B; tenga en cuenta que no se deducirá de su pensión de TRS;
- si actualmente está inscrito en TRS-Care, cuando cumpla 65 años, United Healthcare le enviará un paquete con un formulario para solicitar su número de Medicare. Complete el formulario y devuélvalo a TRS*;
- por separado, TRS le enviará un kit de inscripción. Revise los materiales en el interior. Si va a agregar dependientes, complete y envíe la solicitud de TRS-Care a más tardar 31 días a partir del final del mes en el que se jubile o cumpla 65 años.

Si cumple con los requisitos para la cobertura de TRS-Care y una vez que TRS verifica su información de Medicare, TRS lo inscribirá en los planes TRS-Care Medicare Advantage® y TRS-Care Medicare Rx®. **Si TRS no recibe su número de Medicare, no podrá inscribirlo y corre el riesgo de perder la cobertura de TRS-Care por completo.**

* Si es un jubilado o cónyuge sobreviviente que aún no tiene 65 años y terminó su cobertura de TRS-Care o no se inscribió durante su oportunidad de inscripción inicial, también puede inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años. También puede agregar dependientes. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, debe pedir una solicitud y enviarla a más tardar 31 días a partir del final del mes en el que cumple 65 años. Llame a TRS Health al 1-888-237-6762 para pedir una solicitud.

Regla de ajuste

Si, por cualquier motivo, una persona está inscrita en un nivel de cobertura que no corresponde, la cobertura se ajustará según lo establecido en este documento.

Los beneficios de las reclamaciones generadas después de la fecha en que el ajuste entra en vigencia se pagan de acuerdo con las disposiciones del plan revisado. En otras palabras, no existen derechos conferidos a los beneficios basados en las disposiciones del plan vigentes antes de la fecha de cualquier ajuste.

Cualquier aumento en el nivel de beneficios debido a un cambio en cualquiera de los montos anteriores no proporcionará beneficios adicionales para los gastos médicos incluidos incurridos antes de la fecha en que el cambio tuvo efecto.

¿Bajo qué circunstancias puede TRS-Care terminar mi cobertura?

La cobertura del jubilado en virtud de *TRS-Care* cesa ante la primera ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos:

- ya no es elegible;
- un jubilado se inscribe en un plan ofrecido por TRS-ActiveCare o un plan ofrecido por una escuela pública de Texas que no participa de TRS-ActiveCare, un jubilado se vuelve elegible para la cobertura bajo un plan proporcionado por un programa administrado por el sistema de jubilación de empleados de Texas, la Universidad de Texas, o Texas A&M;
- se determina que el fraude fue cometido por usted o su dependiente asegurado;
- no realiza los pagos de primas requeridos;
- *TRS-Care* descontinúa el servicio.

La cobertura del dependiente cesará en la primera ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos:

- suspensión de la cobertura de todos los dependientes bajo TRS-Care;
- un dependiente se inscribe en TRS-Care como jubilado;
- la persona no cumple con los requisitos de TRS-Care para un dependiente;
- la cobertura del jubilado se suspende;
- el jubilado no realiza los pagos de prima requeridos;
- se determina que el dependiente cometió fraude.

La falta de pago oportuno del monto total de la prima requerida dará lugar a la terminación de la cobertura al final del mes en el que se efectuó el último pago.

Si mi cobertura o la cobertura de mi dependiente termina, ¿hay maneras de continuar con cobertura?

En caso de que la cobertura cesara por la ocurrencia de ciertos eventos elegibles, TRS-Care deberá ofrecerle el derecho de continuar temporalmente la cobertura médica grupal a la esposa del jubilado de TRS-Care y a los hijos dependientes que estén inscritos en TRS-Care. La continuación de la cobertura COBRA que un cónyuge o un hijo dependiente elige obtener, si es que lo hace, ofrece beneficios que son idénticos a los proporcionados por la cobertura a jubilados en una situación similar, cónyuges sobrevivientes y sus dependientes. TRS-Care notificará al cónyuge o los hijos dependientes sobre

cualquier cambio en la cobertura o los beneficios disponibles.

La continuación de la cobertura COBRA está disponible si el cónyuge o los hijos dependientes de un jubilado de TRS-Care pierden la cobertura de TRS-Care debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- su fallecimiento;
- su divorcio o separación legal;
- un hijo dependiente que deja de serlo según la definición del manual de beneficios de TRS-Care.

Si ante la ocurrencia de uno de estos tres eventos elegibles, el cónyuge o los hijos dependientes pierden la cobertura, deben notificar a TRS-Care del evento dentro de los 60 días posteriores a (1) la fecha en la que ocurre el evento elegible; o (2) la cobertura termina debido al evento elegible.

Para que un aviso por escrito de un evento elegible sea oportuno, se debe publicar o enviar de otro modo a TRS-Care el último día del período de notificación de 60 días o antes.

Existen dos maneras en que un participante de TRS-Care cuya cobertura termina puede continuar con esta. La continuación de la cobertura de TRS-Care a través de COBRA se explica en el aviso [Continuación de los Derechos de Cobertura conforme a COBRA](#) en la sección "Avisos". (Tenga en cuenta que un cónyuge sobreviviente de un jubilado TRS-Care puede continuar con la participación en TRS-Care sin inscribirse a través de COBRA).

¿Cómo funciona TRS-Care cuando hay otra cobertura?

Algunas personas tienen cobertura médica grupal además de la cobertura en virtud de este Programa. Cuando este sea el caso, se considerarán los beneficios de "otros planes", incluidos los planes grupales no adquiridos por un *patrocinador del plan*.

Esto puede significar una reducción en los beneficios bajo TRS-Care. Los beneficios combinados no serán más que los gastos reconocidos en todos los planes. Esto se denomina Coordinación de Beneficios (COB, en inglés). En ningún momento TRS-Care pagará más de lo que el asegurado está legalmente obligado a pagar.

Conforme a la disposición COB, el plan de atención médica que paga primero se llama plan primario. El plan secundario normalmente cubre la diferencia entre el beneficio del plan primario y el cargo con cargo con cobertura. Cuando un plan no tiene una disposición de COB, ese plan siempre se considera principal y siempre paga primero. Los pagos de COB no siempre suman el 100% de los cargos.

Si actualmente tiene TRICARE, *TRS-Care* será siempre el plan principal. Es importante que, si tiene otra cobertura de seguro, notifique a Servicio al Cliente de *TRS-Care* al **1-866-355-5999**. Ellos lo ayudarán a establecer el orden de determinación de beneficios para sus reclamaciones.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Monto permitido

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

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

Sin embargo, si recibe servicios de un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* cuando se encuentra en un centro u *hospital dentro de la red*, es posible que esté protegido las 24 horas del día, los 7 días de la semana de la factura con saldo adicional de acuerdo con la ley vigente.

Revise la definición de [monto permitido](#) en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios para entender las guías que utiliza BCBSTX.

Administración de casos clínicos

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

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

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

Libertad de elección

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

Tarjeta de asegurado

La tarjeta de asegurado informa a los *proveedores* que usted tiene derecho a recibir beneficios conforme al *plan del patrocinador*. 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 el *plan del patrocinador* con BCBSTX.
- **todo copago que pudiera aplicarse a su cobertura;**
- **números de teléfono importantes.**

Cada miembro de la familia con cobertura recibirá una tarjeta de asegurado. Si es un cónyuge o dependiente, su tarjeta también incluirá el nombre del jubilado (también denominado asegurado principal).

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 leer instrucciones sobre qué hacer cuando hay cambios). Al recibir el cambio en la información, BCBSTX proporcionará una nueva tarjeta de asegurado.

Ejemplo de Tarjeta de Asegurado

 BlueCross BlueShield of Texas <small>An Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</small>				 BlueCross BlueShield of Texas		www.bcbstx.com/trscarestandard Customer Service 1-866-355-5999 24/7 Nurseline 1-833-968-1770																							
Subscriber Name: JOHN DOE Identification Number: T3X123456789		TRS-Care Standard		This card does not guarantee coverage and to verify benefits, review claims, or find a provider visit www.bcbstx.com/trscarestandard or call toll-free 1-866-355-5999. File claims with your local BCBS Plan.																									
Group Number: 485000 Coverage Date: 01/01/25		<table border="0"> <tr> <td>Deductible</td> <td>\$1,650/\$3,300</td> </tr> <tr> <td>Medical Services</td> <td>20% after ded.</td> </tr> <tr> <td>Emergency Room</td> <td>20% after ded.</td> </tr> <tr> <td>Teladoc</td> <td>\$42 Medical</td> </tr> <tr> <td>RediMD</td> <td>\$30 Medical</td> </tr> </table>		Deductible	\$1,650/\$3,300	Medical Services	20% after ded.	Emergency Room	20% after ded.	Teladoc	\$42 Medical	RediMD	\$30 Medical	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Deductible Information</td> </tr> <tr> <td>Ind/Fam In Network</td> <td>\$1,650/\$3,300</td> </tr> <tr> <td>Ind/Fam Out of Network</td> <td>\$3,300/\$6,600</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Out of Pocket Maximum Information</td> </tr> <tr> <td>Ind/Fam In Network</td> <td>\$5,650/\$11,300</td> </tr> <tr> <td>Ind/Fam Out of Network</td> <td>\$11,300/\$22,600</td> </tr> </table>				Deductible Information		Ind/Fam In Network	\$1,650/\$3,300	Ind/Fam Out of Network	\$3,300/\$6,600	Out of Pocket Maximum Information		Ind/Fam In Network	\$5,650/\$11,300	Ind/Fam Out of Network	\$11,300/\$22,600
Deductible	\$1,650/\$3,300																												
Medical Services	20% after ded.																												
Emergency Room	20% after ded.																												
Teladoc	\$42 Medical																												
RediMD	\$30 Medical																												
Deductible Information																													
Ind/Fam In Network	\$1,650/\$3,300																												
Ind/Fam Out of Network	\$3,300/\$6,600																												
Out of Pocket Maximum Information																													
Ind/Fam In Network	\$5,650/\$11,300																												
Ind/Fam Out of Network	\$11,300/\$22,600																												
BCA				<small>BlueCross BlueShield of Texas, an independent licensee of the BlueCross BlueShield Association, provides claims administration and claims are self-funded</small>																									

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 asegurados incluye, entre otras, las siguientes acciones, cuando se realicen de manera intencional:
 - uso de la tarjeta de asegurado anterior a su *fecha efectiva*;
 - uso de la tarjeta de asegurado después de su fecha 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 dar como resultado, entre otras cosas, la aplicación de las siguientes sanciones para todos los *participantes* incluidos en su cobertura:
 - negación de beneficios;
 - cancelación de la cobertura en su seguro de gastos médicos para **todos** los *participantes* incluidos en su cobertura;
 - resarcimiento de parte de usted o cualquiera de sus dependientes asegurados 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.

Necesidad médica

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

ParPlan

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

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

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

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

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

Disposición de condiciones de salud preexistentes

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

Proveedores de atención médica especializada

Dentro de la *red* se incluye un amplio rango de *proveedores de atención médica especializada*.

Cuando usted requiera la atención de un especialista, tendrá disponibles los *beneficios dentro de la red*, pero solamente si acude a un *proveedor dentro de la red*.

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

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

Uso de proveedores sin contrato

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

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

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, ingreso de paciente hospitalizado y duración de la hospitalización se basa en la política médica de BCBSTX o en los criterios de revisión del nivel de atención. Las revisiones de *necesidad médica* pueden ocurrir antes de que se presten los servicios, durante el curso de la atención médica o después de que la atención médica se haya completado para una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*. Puede enviar una revisión clínica recomendada opcional antes del inicio de los servicios, mientras que otros servicios estarán sujetos a una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio*. Si se solicita, los servicios que normalmente están sujetos a una *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* se pueden revisar para determinar su *necesidad médica* antes de la prestación del servicio a través de una *revisión clínica recomendada*. La cobertura de beneficios 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 medicamento necesario o *necesidad médica* 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 están incluidos en el 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, terapias farmacológicas, 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 lo que es *médicamente necesario*, incluida la revisión independiente, se aplican a los servicios en los que su *proveedor* solicita una *revisión clínica recomendada*.

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

- todas las admisiones hospitalarias electivas para pacientes internados;
- gastos de atención médica a largo plazo;
- atención médica a domicilio;
- terapia de infusión en el hogar;
- cuidados de hospicio en el hogar;
- pruebas de laboratorio de genética molecular;
- terapia de radiación;
- trasplantes y evaluaciones de trasplantes;
- cirugía para pacientes ambulatorios realizada en un *hospital* o centro quirúrgico ambulatorio para servicios *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 – mandíbula;
 - (2) cirugía para pacientes ambulatorios – mama;
 - (3) desactivación quirúrgica de los sitios desencadenantes de dolor de cabeza.
 - j. **Farmacia de medicamentos especializados:**
 - (1) medicamentos de farmacia especializados incluidos por beneficios médicos, entre los que se incluyen los siguientes:
 - i. lugar de infusión en el que se vaya a administrar;
 - ii. oncología médica y cuidados médicos de apoyo;
 - iii. terapias farmacológicas administradas 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.

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

Servicios de salud mental

Para una admisión hospitalaria de emergencia *como pacientes internados*, consulte la sección a continuación titulada *Revisión clínica recomendada para Admisiones hospitalarias de emergencia como pacientes internados*. Con el fin de recibir los máximos beneficios bajo este manual de beneficios, usted o su proveedor pueden presentar una *revisión clínica recomendada* opcional de admisiones de emergencia para *atención de salud mental/enfermedad mental grave, centros de tratamiento residencial* 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 hospitalizados, incluidos los programas de hospitalización parcial y el tratamiento recibido en centros residenciales para recibir tratamiento;
- si se traslada a otro centro o a una unidad especializada, o desde esta, dentro del centro.

Revisión clínica recomendada para admisiones hospitalarias de pacientes internados de emergencia

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

La llamada se debe realizar entre las 7:00 a. m. y las 6:00 p. m., Hora Centro, en días hábiles, y entre las 9:00 a. m. y las 12:00 p. m., Hora Centro, los sábados, domingos y días feriados oficiales. Las llamadas que se realicen después de estos horarios serán grabadas y se devolverán dentro de las 2 horas después de recibida la llamada. Haremos un seguimiento con el consultorio de su *proveedor*. 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*.

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 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, **antes de la consulta**, que su consulta a un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* esté asegurada 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 internación más larga, su *proveedor* puede buscar una ampliación para los días adicionales. Los beneficios no estarán disponibles para los cargos por alojamiento y comida de los días que no sean médicamente necesarios. Para obtener más información sobre las duraciones de la estadía, consulte la subsección **Revisión de la duración de la hospitalización/el servicio** de este manual de beneficios.

Revisión de la duración de la hospitalización/el servicio

La Revisión de la Duración de la hospitalización/el 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 de la hospitalización o del servicio a usted, a su Médico, a su Proveedor de servicios o al hospital o centro. La extensión de la duración de la hospitalización/el servicio se basará únicamente en si la atención hospitalaria continua u otros servicios de atención médica son *médicamente necesarios*. Si se determina que la ampliación no es médicamente necesaria, no se ampliará la cobertura de la duración de la hospitalización o el servicio, a menos que se describa lo contrario en la sección **PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES** de este manual de beneficios.

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

Revisión clínica recomendada opcional de una extensión de la duración de la hospitalización mínima 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 una duración de la hospitalización inferior a 48 horas (o 96 horas) para *atención en maternidad* o inferior a 48 horas (o 24 horas) para el tratamiento del cáncer de mama. Si usted requiere una estadía más larga, usted o su *proveedor* deben buscar una extensión para los días adicionales presentando una *revisión clínica recomendada* opcional de BCBSTX.

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

La *revisión clínica recomendada* para *gastos de atención médica a largo plazo y terapia de infusión en el hogar* se puede obtener si la agencia o el centro que proporciona los servicios se comunica con BCBSTX 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 el centro confirmando la *necesidad médica*. Si BCBSTX le ha notificado que los beneficios para el plan de tratamiento solicitado serán denegados basándose en la información presentada, toda reclamación será denegada.

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 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, **antes de la consulta**, que su consulta a un *proveedor de servicios médicos fuera de la red* esté asegurada 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 guías 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. Disponibilidad real de cobertura y pago de beneficios. La disponibilidad real de los beneficios está sujeta a la elegibilidad y a otros términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este *plan*. La *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* no garantiza que BCBSTX pague los beneficios; por ejemplo, usted puede no ser elegible a partir de la fecha del servicio o su cobertura de beneficios puede haber cambiado a partir de la fecha del servicio.

- **Solicitud de información adicional**

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

No se ha obtenido una revisión clínica recomendada

Si no se obtiene una *revisión clínica recomendada* para las *admisiones hospitalarias*, *gastos de atención médica a largo plazo*, *terapia de infusión en el hogar*, servicios médicos *para pacientes ambulatorios*, todo tratamiento de *atención de salud mental* en régimen ambulatorio especificado anteriormente, tratamiento de *enfermedades mentales graves*, y el tratamiento del *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 proporcionará a usted, o a su *patrocinador del plan* para que se los entregue, al *hospital*, o a su *médico* u otro *proveedor profesional*, los formularios de reclamación que generalmente envía para presentar la *prueba de pérdida*.

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

Quién presenta una reclamación

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

Proveedores con contrato

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

Proveedores sin contrato

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

Reclamación presentada por el participante

Reclamaciones médicas

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

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

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

VISITE EL SITIO WEB DE BCBSTX PARA OBTENER LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y OTRA INFORMACIÓN ÚTIL www.bcbstx.com/trscarestandard

Dónde enviar los formularios de reclamación completos

Reclamaciones Médicas

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

Quién recibe el pago

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

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

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

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

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

Cuándo presentar una reclamación

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

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 denegada si no está completa, o BCBSTX puede comunicarse ya sea con usted o con el *proveedor* para solicitarle la información adicional.

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

Revisión de determinaciones de reclamación

Determinaciones de reclamación

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

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

Plazos de los avisos requeridos y extensiones para determinaciones iniciales

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

- **reclamación de atención médica inmediata/urgente** se refiere a toda reclamación previa al servicio, como se describe en este manual de beneficios, para recibir beneficios de atención médica o tratamiento con respecto a los cuales la aplicación de los plazos regulares para tomar decisiones de reclamación médica podría poner seriamente en riesgo la vida o la salud del reclamante o la habilidad del reclamante de recuperar la función máxima o, según la opinión de un *médico* con conocimientos de la condición de salud del reclamante, sometería al reclamante a un dolor intenso que no pueda manejarse adecuadamente sin la atención médica o tratamiento;
- **reclamación previa al servicio** se refiere a cualquier reclamación no urgente de beneficios en la que los términos del plan de beneficios condicionan la recepción de estos beneficios a que se apruebe el beneficio antes de obtener atención médica;
- **reclamación de atención médica simultánea** se refiere a una reclamación de un beneficio de salud que BCBSTX, después de haber aprobado previamente un curso de tratamiento continuo proporcionado durante un período o una cantidad específica de tratamientos, posteriormente reduce o termina la cobertura para los tratamientos (por un método que no sea la enmienda o la terminación del *plan*), o una solicitud para extender el curso del tratamiento más allá de lo que se aprobó anteriormente y que es una Reclamación de atención médica inmediata/urgente;
- **reclamación posterior al servicio** es cualquier otra reclamación de un beneficio por un servicio que se le ha proporcionado. Su reclamación 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	Un Reclamo 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 terminado. Una solicitud para extender un curso de tratamiento aprobado que sea una Reclamación de atención médica inmediata/urgente recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas, si la solicitud se realiza al menos 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos previamente aprobados.</p> <p>Nota: Si dichas solicitudes de extensión no se realizan al menos 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos previamente aprobados, la reclamación se tratará como una reclamación de atención médica inmediata/urgente. Si una solicitud para extender un curso de tratamiento no es una Reclamación de atención médica inmediata/urgente, la solicitud puede tratarse como una nueva reclamación previa al servicio o posterior al servicio, según las circunstancias.</p>
¿Hay alguna extensión?	No; pero consulte a continuación la información sobre extensiones basadas en información insuficiente	Sí. Se permite una extensión de 15 días calendario si BCBSTX determina que es necesario debido a asuntos fuera de su control y le informa a usted sobre la extensión dentro del plazo inicial de 15 días calendario.	Sí. Se permite una extensión de 15 días calendario si BCBSTX determina que es necesario debido a asuntos fuera de su control y le informa sobre la extensión dentro del plazo inicial de 30 días calendario.	No aplicable

	Reclamaciones de atención médica inmediata/urgente	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones posteriores al servicio	Un Reclamo 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.	No aplicable

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 deniega una reclamación o no se paga en su totalidad

En ocasiones, BCBSTX puede denegar 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 deniega 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 norma, 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 norma, 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 la negación, la reducción, la terminación 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, terminación 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 aprobó un tratamiento en curso y reduce o finaliza tal tratamiento (por un método que no sea la enmienda o la terminación del plan de beneficios del *patrocinador*) antes del fin del período de tratamiento aprobado, esto también se considera una Determinación adversa de beneficios. Una Rescisión de cobertura también es una Determinación adversa de beneficios.

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

Nota: Revisión interna acelerada de reclamaciones de atención médica inmediata/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, a menos que sea a su representante autorizado. Para obtener un Formulario de representante autorizado, usted o su representante pueden llamar a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Si cree que BCBSTX denegó 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.

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

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

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

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

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

Aviso sobre la determinación de la apelación

Mediante aviso escrito, BCBSTX notificará la determinación a la parte que presenta la apelación, a usted y, si es una apelación clínica, al *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 norma, 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 norma, 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 denegar 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 denegando 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 reclamación o de revisión, escríbale o llame a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999. Puede acceder a su guía personal de la salud 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 este beneficio del plan no están sujetos al proceso de Revisión Externa y por lo tanto no están sujetos a revisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO).

La Revisión externa está disponible para las Determinaciones adversas de beneficios y las Determinaciones adversas de beneficios internas finales que impliquen una rescisión y determinaciones que impliquen juicio médico, incluidas, entre otras, aquellas basadas en los requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica o efectividad de un beneficio incluido; determinaciones de que un tratamiento es experimental o investigativo; determinaciones de si usted tiene derecho a un estándar alternativo razonable para una recompensa conforme a un programa de bienestar; o una determinación de cumplimiento de las 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 está o estuvo con 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, estuvo con 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 la subsección **Agotamiento** más adelante para obtener información adicional acerca del agotamiento del proceso de apelación interna;
- d. usted o su representante autorizado han aportado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

Se le notificará en el plazo de un día laborable después de que completemos la revisión preliminar si su solicitud es elegible o si se necesita más información o documentos. Tendrá lo que resta del período de 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]).

- **referido a una organización de revisión independiente (IRO, en inglés).**

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

La IRO tiene que proporcionar lo siguiente:

- a. la utilización de expertos legales, si procede, para tomar una determinación de cobertura conforme a su seguro de gastos médicos;
- b. una notificación oportuna por escrito a usted o a su representante autorizado sobre la elegibilidad y la aceptación de la solicitud para revisión externa. 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. un 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 terminada la revisión externa como consecuencia de la reconsideración solo si BCBSTX decide, al completar su reconsideración, revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final y proporcionar cobertura o pago. En el plazo de un día laborable tras haber tomado la decisión, BCBSTX tiene que proporcionar un aviso escrito de su decisión a usted y a la IRO asignada. La IRO asignada debe dar por terminada la revisión externa al recibir el aviso de BCBSTX;
- e. revisión de toda la información y documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la IRO asignada no estará sujeta a las decisiones o conclusiones de BCBSTX. Además de la documentación e información provistas, y en la medida en que la información o la documentación esté disponible y la IRO la considere apropiada, la IRO asignada considerará lo siguiente al tomar una decisión:
 - (1) sus expedientes médicos;
 - (2) la recomendación del profesional de la salud tratante;
 - (3) Los informes de los profesionales de la salud apropiados y otra documentación presentada por BCBSTX, usted o su profesional de la salud tratante;
 - (4) los términos 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 revisores clínicos de la IRO tras haber considerado la información descrita en este aviso en la medida en que la información o documentación estén disponibles y el o los revisores clínicos lo consideren apropiado.
- 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 terminación 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 de salud suya por la cual el período de terminación 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 a usted un aviso de su determinación de elegibilidad que cumpla con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**.

- **referido a una organización de revisión independiente (IRO, en inglés);**

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

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

- **aviso de decisión de revisión externa final.**

La IRO asignada notificará la decisión de revisión externa final, de conformidad con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**, tan rápido como su 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 no aplica el proceso de revisión interna o si BCBSTX no ha cumplido con el proceso de apelaciones y reclamaciones internas aparte de una falta menor. En el caso de que se considere que usted ha agotado el proceso de revisión interna debido a que BCBSTX no cumplió con el proceso de apelaciones y reclamaciones internas, aparte de una falta menor, usted también tiene derecho a buscar cualquier recurso disponible conforme a la ley estatal.

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

No se podrá solicitar una revisión externa para una Determinación adversa de beneficios que involucre una reclamación de beneficios 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 patrocinador*

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

TRS tiene todas las facultades y autoridad necesarias o apropiadas para controlar y gestionar el funcionamiento y la administración del *plan*, incluyendo, entre otros, la elegibilidad de una persona para tener cobertura en el *plan* y cualquier exclusión de beneficios del plan.

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

GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

Gastos elegibles

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

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

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

Copagos

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

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

Se requerirá un *copago* diferente, según lo indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, por cada cargo de consulta al *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** de servicios médicos 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 a un centro de atención médica inmediata/urgente. Si los servicios prestados requieren que usted vuelva a realizar una visita al consultorio (por ejemplo, servicios de laboratorio) otro día, se requerirá un nuevo *copago*. Los servicios mencionados a continuación no son pagaderos bajo la 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*;
- terapia física facturada por separado de una consulta de *atención médica inmediata/urgente*;
- modalidades ocupacionales junto con fisioterapia;
- inyecciones contra alergias, facturadas por separado de una consulta de *atención médica inmediata/urgente*;
- inyecciones terapéuticas;
- *ciertos procedimientos de diagnóstico*;
- servicios o terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios, tales como terapia de radiación, quimioterapia o diálisis renal.

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

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:

- si se selecciona la cobertura "individual" en su solicitud de inscripción, el monto *deducible* individual que aparece en su **PROGRAMA DE COBERTURA** bajo "*deducibles*", a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todos los *gastos combinados de hospitalización, gastos médico-quirúrgicos, gastos de atención médica a largo plazo, gastos de prestaciones especiales* y gastos de *farmacia* que usted incurra durante un *año calendario* y debe satisfacerse antes de que se puedan obtener beneficios bajo el *plan*;
- si se selecciona la cobertura "familiar" en su solicitud de inscripción, el monto *deducible* familiar que aparece en su **PROGRAMA DE COBERTURA** bajo "*deducibles*", a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todos los *gastos combinados de hospitalización, gastos médico-quirúrgicos, gastos de atención médica a largo plazo, gastos especiales y gastos de farmacia* en los que cada *participante* incurra durante cada *año calendario* y debe ser satisfecho antes de que cualquier beneficio esté disponible bajo el *plan*. El monto del *deducible* familiar lo puede alcanzar uno o una combinación de dos o más *participantes*.

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 cubrir el *deducible* "individual" y "familiar" *dentro de la red* solo se aplicarán al *deducible dentro de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados a cubrir el *deducible* "individual" y "familiar" *fuera de la red* solo se aplicarán al *deducible fuera de la red*.

Gasto máximo de bolsillo

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

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

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

Gasto máximo de bolsillo individual

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

Gasto máximo de bolsillo familiar

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

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

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

Cambios en los beneficios

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

SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA

Gastos de hospitalización

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

En el caso de los *gastos de hospitalización* elegibles, usted 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 del beneficio, si así corresponde. Cuando consulta a un *proveedor dentro de la red*, paga un porcentaje más bajo de los cargos con cobertura.

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

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

Gastos médico-quirúrgicos

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

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

En el caso de los *gastos médico-quirúrgicos* elegibles, usted tiene que pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en el **PROGRAMA DE COBERTURA** de este manual de beneficios. Después de calcular la parte que le corresponde pagar a usted, este *plan* paga el resto de los *gastos elegibles*, hasta los límites máximos de consultas del beneficio, 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 su seguro de gastos médicos requiera la compra de ese equipo. El término “*equipo médico duradero* (DME, en inglés)” no deberá incluir lo siguiente:
 - a. equipos diseñados principalmente para aliviar el dolor o para brindar comodidad al paciente;
 - b. terapia a domicilio en una cama de presión de aire.

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

- en el caso de *atención médica de emergencia*, incluirá transportación de ambulancia terrestre o aérea al *hospital* más cercano que esté adecuadamente equipado y con el personal indicado para el tratamiento de la condición de salud del *participante*;

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

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

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

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

- anestesia y su administración, cuando la coloque una persona que no sea el *médico* cirujano u *otro proveedor profesional*;
- el oxígeno y su administración, siempre que se use el oxígeno;
- la sangre, incluido su costo, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo, que no es reemplazada por o para el *participante*;
- *aparatos 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 la espalda, las piernas o el cuello;
 - b. yesos para tratamiento de cualquier parte de las piernas, los brazos, los hombros, las caderas o la espalda;
 - c. corsés para espalda y quirúrgicos especiales;
 - d. férulas, bragueros, vendajes y apósitos aplicados, ordenados o recetados por un *médico*, que están diseñados a medida para ayudar a la función de una articulación.
- *terapia de infusión* en el hogar;
- *terapia de infusión* para pacientes ambulatorios;

Se ha identificado 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 incluidos se prestan en una *sala de infusiones*, un hogar o un consultorio en lugar de un *hospital*. Los servicios de *terapia de infusión* para pacientes 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. A fines de esta sección, una *sala de infusiones* es una alternativa al *hospital* y a los sitios de infusión en clínicas donde se puede realizar la infusión de medicamentos especializados. La cobertura puede ser limitada cuando se puede utilizar una alternativa al entorno hospitalario.

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

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

- *servicios de telesalud y servicios médicos de telemedicina*;
- cuidado de los pies en relación con una enfermedad, condición de salud, como neuropatía periférica, insuficiencia venosa crónica y diabetes, entre otras;
- esterilizaciones masculinas y femeninas opcionales;
- fórmula enteral, según la *necesidad médica*;
- pelucas, cuando la pérdida de cabello se debe a lo siguiente:
 - a. lesión;
 - b. tratamiento de una enfermedad;
 - c. alopecia causada por la quimioterapia;
 - d. infecciones fúngicas;
 - e. lupus;
 - f. terapia de radiación.
- enfermería privada;
- acupuntura, en lugar de anestesia o para náuseas durante el embarazo.

Gastos de atención médica a largo plazo

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

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

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

Todos los pagos realizados por su seguro de gastos médicos, ya sea a nivel de *beneficios dentro de la red* o fuera de la red (si corresponde), se aplicarán para el máximo de consultas de los beneficios, si así corresponde, en ambos niveles de beneficios.

Los beneficios de máximos de consultas también incluirán los beneficios proporcionados a un *participante* para *gastos de atención médica a largo plazo* bajo un *seguro de gastos médicos* de un *patrocinador del plan* con BCBSTX inmediatamente antes de la *fecha efectiva* de la cobertura del *participante* en virtud de su seguro de gastos médicos.

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

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

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

- para un *centro de enfermería especializada*:
 - a. toda atención de enfermería habitual que brinde un enfermero 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. 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) asistencia médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
 - (3) servicios de fisioterapia, terapia del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia;
 - (4) servicios domésticos y de asesoramiento proporcionados de manera rutinaria por parte de la agencia de atención de hospicio, que incluye asesoramiento por duelo para la familia.
 - b. *cuidados de hospicio* en un centro:
 - (1) toda atención de enfermería habitual que brinde 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*, a menos que sea en la medida de lo que se detalla en cada uno. Los beneficios para los *gastos de medicamento necesarios* se determinarán según lo indicado en su(s) Programa(s) de Cobertura. Recuerde que también se aplicarán los *copagos*, *coseguros* y *deducibles* que se muestran en su Programa(s) de cobertura. Consulte la

DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN sección de este manual de beneficios para obtener más información sobre la opción de *revisión clínica recomendada*.

Beneficios para el tratamiento de complicaciones en el embarazo

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

Consulte la definición de “[complicaciones en el embarazo](#)” en la sección **DEFINICIONES** para obtener más información.

Beneficios para la atención en maternidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Facturación global de maternidad

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

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

Los siguientes servicios no están incluidos en la facturación global de maternidad:

- visita al consultorio inicia;
- sonogramas y ultrasonidos relacionados con la obstetricia (OB);
- análisis de laboratorio;
- consultas no relacionadas con el embarazo;
- circuncisión;
- servicios facturados por un médico que no es el médico del parto/obstetra.

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

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

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

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

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

La *atención médica de emergencia* no requiere *autorización previa*. Sin embargo, si es razonablemente posible, comuníquese con su *médico dentro de la red* o con su *proveedor de servicios*

de salud mental antes de acudir a la sala de tratamiento o a la sala de emergencias de un hospital. Pueden ayudarlo a determinar si necesita *atención médica de emergencia* o tratamiento de una *lesión accidental* y recomendar esa atención médica. Si no es razonablemente posible, acuda al centro de emergencia más cercano, sin importar si el centro está o no dentro de la *red*.

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

Los beneficios por *gastos elegibles* por *lesiones accidentales* o *atención médica de emergencia*, incluidas *las lesiones accidentales* o *la atención de emergencia* para servicios de salud mental, se determinarán como se muestra en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Se requerirán *copagos* para los cargos de los centros para cada consulta a la sala de emergencias/sala de tratamiento *del hospital* para pacientes ambulatorios, como se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Si es admitido por una condición de salud de emergencia inmediatamente después de la consulta, no se aplicarán los *copagos* y se deberá presentar una revisión clínica de la *admisión hospitalaria* de emergencia o no planificada.

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

Beneficios para la atención médica inmediata/urgente

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

Los servicios de *atención médica inmediata/urgente* están incluidos 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 la prestación de atención programada o no programada, sin cita previa, fuera de una sala de emergencias/sala de tratamiento de *un hospital* o consultorio *médico*; es atención médica necesaria y es para una condición de salud que no pone en peligro la vida.

Beneficios para clínicas de salud en comercios locales

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

Beneficios para pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares

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

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

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

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

Equipo médico duradero

Debe obtener servicios y dispositivos a través de un *proveedor de DME participante*. Usted o su proveedor pueden presentar una *revisión clínica opcional recomendada*. 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 en el momento de la colocación inicial y cuando se necesitan reemplazos estándar debido al crecimiento físico de los Participantes menores de 18 años de edad y debe ser coherente con el Manual de DME de Medicare. En el caso de un artículo de DME incluido, 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 incluido están incluidos si se determina que el artículo de DME incluido no funciona, no se puede reparar, es robado o destruido en un incendio o desastre natural.

Algunos ejemplos de DME son:

- sillas de ruedas estándar;
- muletas;
- andadores ortopédicos;
- equipos de tracción ortopédicos;
- camas de hospital;
- oxígeno;
- 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 incluidos;
- 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 la diabetes para los que se proporcionan beneficios según se describe en *Beneficios para el tratamiento de la diabetes*.

Beneficios para servicios para la audición y el habla

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

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

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

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

Nota: La terapia auditiva no es un beneficio incluido.

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 de edad, cuando se han completado los servicios según la *Cobertura de servicios familiares personalizados*, los *gastos elegibles*, que de otro modo estén incluidos en este *plan*, estarán disponibles. Se aplicarán todas las disposiciones contractuales de este *plan*, incluidos, entre otros, los términos definidos, las limitaciones y exclusiones y los máximos de beneficios.

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

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

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

Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro autista

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 salud mental* están disponibles para un *participante* asegurado.

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

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

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

- a. servicios de evaluaciones;
- b. prueba de detección a los 18 y 24 meses;
- c. análisis de salud mental;
- d. entrenamiento mental 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 este manual de beneficios sobre los *beneficios para servicios de medicina física* y los *beneficios en servicios para la audición y el habla*.

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 cirugía plástica, cosmética o reconstructiva

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

Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- tratamiento para la corrección de defectos debido a una lesión accidental que sufrió el participante;
- tratamiento proporcionado para una cirugía reconstructiva después de una cirugía de cáncer;
- cirugía realizada en un hijo recién nacido para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito;
- cirugía que se realice a un hijo dependiente asegurado (que no sea un hijo recién nacido) menor de 19 años para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito que no sea un problema en las mamas;
- 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 la cirugía bucal y 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);
- extracción de dientes:
 - a. los dientes se ven parcialmente o completamente impactados en el hueso de la mandíbula;
 - b. los dientes no saldrán por la encía;
 - c. otros dientes que no se pueden quitar sin cortar el hueso;
 - d. las raíces de un diente o quistes sin extraer el diente completo;
 - e. tumores.
- 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 debido a una mordedura o masticación no se considerará una *lesión accidental*.

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

Beneficios para trasplante de órgano y tejido

- sujetos a las condiciones descritas a continuación, los beneficios para suministros y servicios incluidos provistos a un *participante* por parte de un *hospital*, un *médico* u *otro proveedor* con relación a un trasplante de órgano o tejido, se determinarán de la siguiente manera, siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:
 - a. el procedimiento de trasplante no sea de naturaleza *experimental ni investigativa*;
 - b. se usen órganos o tejido humano donados o un dispositivo artificial aprobado por la FDA;
 - c. el destinatario sea un *participante* conforme a su seguro de gastos médicos;
 - d. el *participante* cumple con todos los criterios que BCBSTX ha establecido en las pólizas médicas correspondientes por escrito;
 - e. el *participante* cumple con todos los protocolos que establece el *hospital* en el que se realizó el trasplante.

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

- los beneficios están disponibles y se determinarán según los mismos criterios que se usan para cualquier otra enfermedad siempre que el procedimiento del trasplante se considere *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* relacionados con un *daño cerebral adquirido*:

- terapia de comunicación cognitiva: servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, incluida la comprensión, la lectura, la escritura y la expresión verbal de información;
- terapia de rehabilitación cognitiva: servicios diseñados para abordar actividades terapéuticas cognitivas, con base en una evaluación y comprensión de las deficiencias mentales y conductuales de la persona;
- servicios de reintegración comunitaria: servicios que facilitan la continuidad de la atención médica durante la transición a la comunidad de una persona afectada, incluidos los servicios de tratamiento 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, conductuales y emocionales, así como sus relaciones con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central;
- tratamiento neuropsicológico: intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos cognitivos y del comportamiento;
- servicios de transición posaguda: servicios que facilitan la continuidad de la atención después de un traumatismo neurológico inicial mediante la rehabilitación y reintegración comunitaria, incluidos los servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios u otros servicios de tratamiento de atención posaguda. Esto incluirá cobertura por gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona asegurada conforme a este *plan* que:
 - a. ha desarrollado daño cerebral adquirido;
 - b. no ha respondido al tratamiento;
 - c. ha empezado a responder al tratamiento con posterioridad.
- pruebas psicofisiológicas: una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales y la conducta;
- tratamiento psicofisiológico: intervenciones diseñadas para aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso a factores conductuales o emocionales;
- reparación: procesos de reparación o mejora de una función específica.

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

Terapia significa un tratamiento curativo programado que se ofrece mediante la interacción directa con la persona 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 centro de vida asistida o en cualquier otro centro en el que se puedan ofrecer los servicios o terapias adecuados.

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

Beneficios para el tratamiento de la diabetes

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

- *equipo para la diabetes*;
 - a. monitores de glucosa en sangre (incluidos los monitores no invasivos y los monitores para ciegos);
 - b. bombas de insulina (tanto externas como implantables) y accesorios asociados, que incluyen lo siguiente:
 - (1) dispositivos para infusión de insulina;
 - (2) baterías;
 - (3) artículos para preparación de la piel;
 - (4) suministros adhesivos;
 - (5) sets de infusión;
 - (6) cartuchos de insulina;
 - (7) dispositivos duraderos y desechables que ayudan al momento de inyectar la insulina
 - (8) otros suministros desechables necesarios.
 - c. aparatos de podiatría, incluidos hasta dos pares de calzado terapéutico por *año calendario*, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes.
- *suministros para la diabetes*.
 - a. tiras reactivas específicas para usar con un monitor de glucosa en sangre correspondiente;
 - b. tiras reactivas de lectura visual y de orina y tabletas que miden el nivel de glucosa, cetonas y

- proteína;
- c. lancetas y aparatos para lancetas;
- d. insulina y preparados de insulina análoga;
- e. aparatos de asistencia para inyecciones, incluidos aparatos que se usan para ayudar a inyectar la insulina y sistemas sin aguja;
- f. contenedores desechables de residuos biológicos;
- g. jeringas de insulina;
- h. agentes orales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre;
- i. kits de emergencia de glucagón.

Nota: Los suministros para diabéticos (tiras reactivas, lancetas, jeringas de insulina, monitores de glucosa en sangre) y los medicamentos con receta están incluidos en el plan de medicamentos con receta. Estos podrían estar sujetos a revisiones de determinación de la utilización y límites de cantidad. Pueden tener cobertura las reparaciones y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina que no dispongan de garantía del fabricante o acuerdo compraventa, cuotas de alquiler para bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina, que no superen el precio de adquisición de una bomba de reemplazo similar.

- a medida que se disponga de equipos o suministros nuevos o mejorados para el tratamiento y la supervisión y que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), dichos equipos o suministros pueden tener cobertura si el *médico* tratante u *otro proveedor profesional* que emite la orden escrita para los suministros o el equipo determina que son *médicamente necesarios* y adecuados;
- los *gastos médico-quirúrgicos* para el tratamiento nutricional, educativo y psicosocial del *participante elegible* pueden tener cobertura. Los *Servicios de manejo de la diabetes* o *Capacitación para el manejo personal de la diabetes* que cuentan con una orden por escrito por parte de un *médico* u *otro proveedor profesional* para el *participante* o el cuidador del *participante* están limitados a lo siguiente cuando se proporcionen por un *médico* o bajo la dirección de un *médico*;

Instrucción inicial y de seguimiento relativa a lo siguiente:

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

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

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

Beneficios para servicios de medicina física

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

Beneficios para servicios quiroprácticos

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

Sin embargo, los beneficios de los *servicios quiroprácticos* para todas las consultas en las que se brinde tratamientos físicos no se proporcionarán para una cantidad mayor que el número máximo de

consultas (en el consultorio y en un centro para pacientes ambulatorios combinados) que se indique en su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Cualquier consulta durante la cual no se realice ningún tratamiento físico no contará para el máximo de consultas.

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

Los beneficios para *gastos elegibles* para los *costos de rutina para 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 rutina para pacientes significa los costos de los servicios de atención médica *necesarios médicamente* 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 rutina para pacientes no incluyen lo siguiente:

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

Beneficios para ciertas pruebas de detección de cáncer de próstata

Según se indica en el **PROGRAMA DE COBERTURA**, los beneficios están disponibles para un examen físico anual de diagnóstico 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 inscrito en el seguro de gastos médicos que tenga al menos 40 años.

Beneficios para servicios de atención médica preventiva

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

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

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 (a menos que sean las emitidas en noviembre del 2009, o alrededor de esa fecha).

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

Algunos ejemplos de servicios incluidos son:

- 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 hijo;
- apoyo para la lactancia;
- servicios y artículos para la lactancia materna ;
- mamografías para la detección de cáncer;
- prueba de densidad ósea (para mujeres mayores de 65 años y hombres de 70 años o más, cada dos años. Para mujeres menores de 65 años y hombres menores de 70 años, la cobertura se basará en la necesidad médica);
- examen de detección de cáncer colorrectal;
- servicios de asesoramiento para dejar de fumar (limitado a ocho consultas por *año calendario*);
- 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 de alimentación saludable y detección de obesidad (limitada a 26 consultas por *año calendario* para participantes de más de 22 años, hasta 10 consultas para el asesoramiento de alimentación saludable; las personas entre 0 y 22 años tienen incluido el 100% de la cantidad aprobada sin máximo);
- examen de detección de cáncer de pulmón para participantes entre 55 y 79 años de edad que fuman o que dejaron de fumar recientemente, una vez por *año calendario*.

Los siguientes son ejemplos de vacunas incluidas:

- difteria;
- haemophilus influenzae tipo b;
- hepatitis B;
- sarampión;
- paperas;
- tos ferina;
- poliomielitis;
- rubeola;
- tétanos;
- vacuna contra el Zostavax (herpes), una vez en la vida;
- 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 incluidos para mujeres con capacidad reproductiva:

- procedimientos de esterilización femenina;
- servicios anticonceptivos para pacientes no hospitalizadas;
- anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA con una receta médica por escrito de un proveedor de atención médica;
- métodos anticonceptivos específicos aprobados por la FDA con una receta médica escrita por un proveedor de atención médica indicados en esta sección de las siguientes categorías:
 - a. anticonceptivos solo con progestina;
 - b. anticonceptivos combinados;
 - c. anticonceptivos de emergencia;
 - d. anticonceptivos orales continuos/de ciclo extendido;
 - e. capuchones cervicales;
 - f. diafragmas;
 - g. anticonceptivos implantables;
 - h. dispositivos intrauterinos;
 - i. inyecciones;
 - j. anticonceptivos transdérmicos;
 - k. dispositivos anticonceptivos vaginales;
 - l. espermicida;
 - m. preservativos femeninos.

Para determinar si el medicamento o dispositivo anticonceptivo específico tiene cobertura en este beneficio, consulte la página Servicios de Salud Preventiva para la Mujer: Información sobre

Anticonceptivos del sitio web www.bcbstx.com/trscarestandard o comuníquese con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999. Algunos beneficios de anticonceptivos podrían estar incluidos bajo el beneficio de receta de farmacia. La lista puede cambiar a medida que se modifican las guías de la FDA y de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

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

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

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

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

Beneficios para apoyo, servicios y suministros para la lactancia

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

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 uno cada 36 meses. Los beneficios limitados también incluyen extractores de leche de calidad *hospitalaria*, hasta el precio de compra de \$150.

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

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

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

Beneficios para mamografía de detección

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

Beneficios para la detección y la prevención de la osteoporosis

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

Persona elegible significa lo siguiente:

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

Beneficios para los exámenes de detección de cáncer colorrectal

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

- una prueba de sangre oculta en heces por *año calendario* y una sigmoidoscopia flexible que se realiza cada cinco años;
- una colonoscopia realizada cada 10 años;
- Cologuard realizado cada tres años (los servicios no están incluidos para participantes menores de 45 años).

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

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

Los beneficios están disponibles para ciertas pruebas de detección del virus de papiloma humano (VPH) y cáncer cervical para cada mujer de 21 años de edad o más inscrita en su seguro de gastos médicos para una prueba anual de diagnóstico médicamente reconocida para la detección temprana de cáncer cervical, según se indica en la sección **Servicios de atención médica preventiva** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**. Estos servicios solo están incluidos para participantes menores de 21 años cuando se realiza un diagnóstico de:

- displasia cervical;
- cáncer cervical;
- exposición de Dietilestilbestrol (DES);
- infección por VIH;
- mujeres inmunodeprimidas .

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

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

Beneficios para vacunas de la infancia

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

Los beneficios están disponibles para las siguientes vacunas:

- difteria;
- haemophilus influenzae tipo b;
- hepatitis B;
- sarampión;

- paperas;
- tos ferina;
- poliomielitis;
- rubeola;
- tétanos;
- varicela;
- cualquier otra vacuna que 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 alimentación saludable y el examen de detección/asesoramiento para la *obesidad*, como se muestra en la sección **Servicios de atención médica preventiva** de su **PROGRAMA DE COBERTURA**.

Beneficios para otros servicios de rutina

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

- radiografías de rutina, ECG de rutina, procedimientos médicos de diagnóstico de rutina;
- exámenes auditivos anuales, limitados a una vez al año calendario, a menos que sean los beneficios proporcionados en la sección **beneficios para las pruebas de detección de discapacidad auditiva**;
- exámenes de visión anuales, limitados a una vez por *año calendario*.

Los beneficios están disponibles para el primer par de anteojos, armazones y lentes de contacto adquiridos dentro de los 12 meses después de una cirugía intraocular o una lesión accidental. No hay cobertura por el costo de los anteojos o lentes de contacto subsiguientes.

Los exámenes oculares de rutina solo están incluidos para los *participantes* con un diagnóstico diabético.

Servicios de salud mental

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

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

Todo *gasto elegible* incurrido por los servicios de un *centro de tratamiento psiquiátrico durante el día*, un *centro o unidad de estabilización de crisis*, un *centro residencial para recibir tratamiento* 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 internados se considerarán, a los fines de este beneficio, **Gastos de hospitalización**.

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

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

Blue Distinction® y el programa Blue Distinction Specialty Care (atención 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 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 puede ofrecer gastos de bolsillo menores cuando recibe tratamiento de un proveedor BDC o BDC+. 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, a menos que sean para la fertilidad, que ofrece servicios de *proveedores profesionales*, así como la atención médica del cáncer, que ofrece *centros y 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 elige utilizar un *Centro que no sea Blue Distinction* o un *Centro que no sea Blue Distinction+*, será responsable del 100% de los costos asociados con cualquier atención médica especializada recibida en dicho centro, a menos que su empleador o el administrador del plan determinen lo contrario.

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

* La cirugía bariátrica solo tendrá cobertura en centros específicos del Blue Distinction Center+ (BDC+). Consulte la sección **Blue Distinction Center+ Centros para Cirugía Bariátrica Designados** del Programa de Cobertura. Si el *participante* que busca cirugía bariátrica vive fuera de Texas, esta lista de centros aprobados no se aplica. Sin embargo, los servicios proporcionados fuera de Texas solo están incluidos cuando se proporcionan en un centro BDC+.

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*;
- cualquier parte de un cargo por un servicio o suministro que sea mayor que el *monto permitido* según lo determinado por BCBSTX;
- servicios o suministros provistos en relación con una enfermedad ocupacional o lesión sufrida en el ámbito y durante cualquier empleo, ya sea que se suministren los beneficios, o se puedan suministrar con la reclamación correspondiente, conforme a la ley de Indemnización Laboral;
- servicios o suministros para los cuales los beneficios se suministren, o puedan suministrarse con la reclamación correspondiente, conforme a leyes presentes o futuras promulgadas por la Legislatura de cualquier estado, o por el Congreso de los Estados Unidos, o leyes, normativas o procedimientos establecidos de cualquier condado o municipalidad; siempre y cuando esta exclusión no sea aplicable a coberturas del *participante* para la hospitalización o *gastos médico-quirúrgicos* como parte de una póliza de seguro automotor contra accidentes o junto con esta;
- cualquier servicio o suministro para el cual un *participante* no está obligado a realizar el pago o para el cual un *participante* no tendría obligación legal de pagar en ausencia de esta o cualquier cobertura similar, a menos que sean servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades mentales o discapacidades intelectuales proporcionados por una institución respaldada por impuestos de los Estados Unidos de América;
- servicios o suministros proporcionados por una persona que tenga un vínculo por consanguinidad o matrimonio con el *participante*;
- servicios o suministros proporcionados para lesiones sufridas de la siguiente manera:
 - a. debido a una guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra;
 - b. en servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
- los cargos:
 - a. por no asistir a una consulta programada con un *médico* u *otro proveedor profesional*;
 - b. por completar formularios de seguro;
 - c. por obtener expedientes médicos.
- los cargos por alojamiento y comida en los que se incurra durante la *admisión hospitalaria* para procedimientos de diagnóstico o de evaluación que se pudieron haber realizado como pacientes ambulatorios sin afectar negativamente la condición de salud física del *participante* o la calidad de la atención médica proporcionada;
- 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 terminar la cobertura del participante;
- servicios o suministros proporcionados para los *servicios de nutrición*, a menos que sean los que puedan estar estipulados conforme a su seguro de gastos médicos para lo siguiente:
 - a. **servicios de atención médica preventiva**, como se muestra en su [PROGRAMA DE COBERTURA](#);
 - b. un programa de evaluación nutricional provisto en y por un *hospital*, y aprobado por BCBSTX;
 - c. **beneficios para el trastorno del espectro autista**, según se describe en la sección **Gastos de prestaciones especiales**;
 - d. **beneficios para el tratamiento de la diabetes**, según se describe en la sección **Gastos de prestaciones especiales**;

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

- servicios o suministros proporcionados para el *cuidado personal no médico*;
- servicios o suministros no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o fisioterapia) o que no sean de diagnóstico (aparatos bucales, férulas dentales, ortótica bucal, dispositivos o prótesis) que se brindan para el tratamiento de la articulación temporomandibular (incluida la mandíbula y la articulación craneomandibular) y todos los músculos adyacentes o relacionados;
- artículos con *gastos médico-quirúrgicos* en los que se incurra por tratamientos y atención dental, cirugía dental o aparatos dentales, a menos que sean los 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*, a menos que sean los 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;
- todo servicio o suministro proporcionado para la mamoplastia de reducción, excepto los servicios incluidos en la disposición **Beneficios para cirugía plástica, cosmética o reconstructiva** de la sección **Gastos de prestaciones especiales** de este manual de beneficios;
- servicios o suministros proporcionados para lo siguiente:
 - a. tratamiento de la miopía y otros errores de refracción, incluida la cirugía refractiva;
 - b. entrenamiento de la vista u ortóptico;
 - c. anteojos o lentes de contacto, 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 alergias para pacientes hospitalizados.
- servicios o suministros proporcionados como, o en combinación con, terapia de quelación, a menos que sean para el tratamiento de envenenamiento agudo por metales;
- servicios o suministros proporcionados para, como preparación para o en combinación con lo siguiente:
 - a. reversión de esterilización (masculina o femenina);
 - b. cirugía de reasignación de género;
 - c. disfunciones sexuales;

- d. fertilización in vitro;
- e. promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extracoitales, incluidas, entre otras, lo siguiente:
 - (1) inseminación artificial;
 - (2) inseminación intrauterina;
 - (3) mejora de la capacitación uterina mediante superovulación;
 - (4) inseminación intraperitoneal directa;
 - (5) inseminación tubárica transuterina;
 - (6) transferencia intratubárica de gametos;
 - (7) transferencia de ovocitos en etapa pronuclear;
 - (8) transferencia intratubárica de cigotos;
 - (9) transferencia tubárica de embriones.

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

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

- suministros desechables o fungibles para pacientes ambulatorios, tales como los siguientes:
 - a. jeringas;
 - b. agujas;
 - c. suministros para análisis de sangre u orina (a menos que se usen 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 incluidos*;
- 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.

Tenga en cuenta: No todos los suministros médicos son servicios incluidos y todos están sujetos a revisión médica;

- ningún beneficio que supere los límites máximos de dólares, consultas/días y de *año calendario* especificados;
- servicios y suministros que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos si el *participante* viajó a dicho destino con el objeto de recibir servicios médicos, suministros médicos o medicamentos;
- *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 (a menos que sean medicamentos anticonceptivos con una receta médica escrita de parte de un *proveedor de atención médica* según lo dispuesto en la sección **SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA** de este *plan*, como se muestra en [Beneficios para servicios de atención médica preventiva](#));
- medicamentos o dispositivos anticonceptivos no recetados de uso masculino;
- medicamentos autoadministrados surtidos o administrados por un *médico* en su consultorio;
- medicamentos adquiridos para su uso fuera de un *hospital* que requieren una receta médica por escrito para la compra excepto medicamentos inyectables no aprobados por la FDA para la autoadministración que son administrados por o bajo la supervisión directa de un *médico* u *otro proveedor profesional*;
- servicios o suministros no quirúrgico proporcionados para reducir la obesidad o el peso, incluso si el *participante* tiene otras condiciones de salud que podrían verse favorecidas por una reducción de la obesidad o del peso;
- según se aplica a *TRS-Care HD*, cualquier servicio o suministro proporcionado para la cirugía bariátrica. (Consulte su [PROGRAMA DE COBERTURA](#) correspondiente);
- biorretroalimentación (a menos que sea para el diagnóstico de *daño cerebral adquirido*) u otros servicios de modificación del comportamiento;
- cualquier servicio relacionado con un servicio sin cobertura; los servicios relacionados son los siguientes:

- a. servicios en preparación para el servicio sin cobertura;
 - b. servicios en conexión con la prestación del servicio sin cobertura;
 - c. hospitalización requerida para brindar el servicio sin cobertura;
 - d. servicios que normalmente son provistos después del servicio sin cobertura, tales como atención de seguimiento o terapia después de una cirugía.
- servicios o suministros proporcionados por más de un *proveedor* en el/los mismo(s) día(s), en la medida en que los beneficios se hayan duplicado;
 - servicios de salud mental que se proporcionen en los siguientes lugares:
 - a. centros de modificación del comportamiento;
 - b. campamentos de entrenamiento (boot camps);
 - c. academias grupales para tratar el aspecto emocional;
 - d. escuelas militares;
 - e. escuelas de internado terapéutico;
 - f. programas educativos y terapéuticos de salida al campo;
 - g. centros de reinserción social y residencias en grupos, excepto para los servicios incluidos proporcionados por *proveedores* adecuados, tal como se describe en este manual de beneficios.
 - los siguientes servicios de análisis de salud mental (ABA, en inglés):
 - a. servicios con un diagnóstico primario que no es el *Trastorno del espectro autista*;
 - b. servicios que son brindados por un *proveedor* que no está acreditado como corresponde. Consulte la definición de [proveedor de ABA calificado](#) en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios;
 - c. actividades principalmente de naturaleza educativa;
 - d. servicios de relevo, presencia o compañía;
 - e. cualquier otro servicio que no sea proporcionado por un *proveedor* con licencia de manera adecuada de acuerdo con los estándares de tratamiento aceptados a nivel nacional.
 - registros médicos especiales que no están directamente relacionados con el tratamiento;
 - exámenes, pruebas, vacunas y otros servicios requeridos por los *patrocinadores del plan*, aseguradoras, escuelas, campamentos, tribunales, autoridades con licencia, otros terceros, o para viajes personales;
 - beneficios para los que usted es elegible mediante programas de ayuda social del gobierno federal, estatal o local, incluidos, entre otros, *Medicare*, Medicaid o sus sucesores atención para condiciones de salud que la ley federal, estatal o local requiere que sean tratados en un centro público;
 - comparecencias en audiencias judiciales y otros procedimientos judiciales, y cualquier servicio relacionado con procedimientos judiciales y administrativos o realizado en el marco de una investigación médica;
 - servicios, suministros o medicamentos que reciba un *participante* fuera de los Estados Unidos, a menos que sean para la *atención médica de emergencia*;
 - servicios de transportación, a menos que sean los que se describe en *servicios de ambulancia*, o cuando son aprobados por BCBSTX;
 - artículos personales o para comodidad, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. televisores;
 - b. teléfonos;
 - c. camas para invitados;
 - d. kits para admisión;
 - e. kits de maternidad y kits para recién nacidos provistos por un *hospital* u otro centro de atención médica para pacientes internados.

- habitaciones privadas, a menos que sean *médicamente necesarias* y estén autorizadas por BCBSTX;
 - si no hay una habitación semiprivada disponible, BCBSTX cubre una habitación privada hasta que una habitación semiprivada esté disponible;
- servicios o suministros prestados por una institución que sea principalmente un lugar de descanso, un lugar para pacientes ancianos o cualquier institución similar;
- equipos de lujo como los siguientes:
 - a. sillas de ruedas y camas motorizadas (a menos que se determine que son *médicamente necesarias*);
 - b. artículos de comodidad;
 - c. soportes para cama;
 - d. elevadores para la bañera;
 - e. mesas para cama;
 - f. purificadores de aire;
 - g. baños sauna;
 - h. equipos de ejercicio;
 - i. estetoscopios y esfigmomanómetros;
 - j. artículos *experimentales* o de investigación;
 - k. reemplazo, reparaciones o mantenimiento del equipo de lujo.
- reparación de audífonos y pilas;
- terapia auditiva;
- implantes dentales;
- terapia para matrimonios y familias;
- servicios o suministros que no se definan específicamente como *gastos elegibles* en este *plan*;
- abortos voluntarios: la cobertura se limita a los abortos realizados debido a una complicación médica grave que pondría en peligro la salud o la vida de la madre si el embarazo llegara a término;
- los beneficios y la cobertura de los tratamientos aprobados por la FDA de EE. UU. bajo aprobación acelerada que están sujetos a beneficios clínicos confirmatorios no están incluidos en 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);
- cannabis: este plan no cubre el cannabis. Por cannabis se entiende todas las partes del género vegetal cannabis que contiene delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como ingrediente activo, sea cultivando o no, las semillas de la planta, la resina extraída de cualquier parte de la planta y todo compuesto derivado del cannabis, fabricación, sal, derivado, mezcla o preparación de la planta, sus semillas o resina. El cannabis con THC como ingrediente activo se puede llamar marihuana.

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

BCBSTX utilizará las mismas reglas o revisiones de procesamiento de reclamaciones que utiliza para procesar las reclamaciones de *proveedores dentro de la red* en el procesamiento de las reclamaciones presentadas por *proveedores* sin contrato, lo que también puede alterar el *monto permitido* para un servicio específico. En caso de que BCBSTX no tenga ninguna regla o revisión de reclamaciones, BCBSTX puede utilizar las reglas o revisiones de reclamaciones que emplea *Medicare* para el

procesamiento de las reclamaciones. El *monto permitido* no incluirá ningún pago adicional que pueda estar permitido de conformidad con las leyes o regulaciones de *Medicare* que no se atribuyan directamente a una reclamación específica, incluidos, entre otros, partes desproporcionadas y pagos por educación médica de grado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Año calendario significa el período de TRS-Care que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cada año.

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

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

Ciertos procedimientos de diagnóstico significa:

- gammagrafía ósea;
- prueba de esfuerzo cardíaco;

- tomografía computarizada (con o sin contraste);
- imagen por resonancia magnética (MRI);
- mielografía;
- tomografía por emisión de positrones (PET).

Servicios quiroprácticos significa cualquiera de los siguientes servicios, suministros o tratamientos provistos por o realizados bajo la dirección de un Doctor en quiropráctica que actúa dentro del alcance de su licencia: servicios generales de consultorio, servicios generales provistos en un centro para pacientes ambulatorios, radiografías, suministros y tratamiento físico. El tratamiento físico incluye terapia ocupacional funcional, fisioterapia, mecanoterapia, terapia de manipulación muscular e hidroterapia.

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

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

- pruebas de citotoxicidad (se comprueba si los alimentos o el inhalante reducen o matan los glóbulos blancos);
- autoinyección de orina (el paciente se inyecta su propia orina en los tejidos del cuerpo);
- irritación de la piel a través del método Rinkel;
- pruebas de provocación y neutralización subcutánea (se inyecta al paciente con alérgenos);
- prueba de provocación sublingual (se colocan gotas de extractos 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 de salud 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 la gestación 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*, un *centro especial de atención médica* o cualquier otro centro o institución con el que BCBSTX haya suscrito un contrato por escrito para brindar atención, servicios o suministros médicos dentro del alcance de su licencia para los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos.

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

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

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

Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva significa 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 *servicios de salud mental* y servicios para *enfermedades mentales graves* a personas que presenten una crisis psiquiátrica aguda demostrable de proporciones moderadas a graves.

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

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

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

- sea menor a la edad límite para *hijos dependientes* que se muestra en el **PROGRAMA DE COBERTURA**;

- sea un *hijo* de cualquier edad que esté médicamente certificado como discapacitado y dependa del padre para su manutención (siempre y cuando haya tenido cobertura antes de alcanzar la edad límite para *dependiente*).

Hijo significa:

- a. su *hijo* natural;
- b. su *hijo* adoptado legalmente, incluido un *hijo* en proceso de adopción en donde el *participante* es una de las partes de ese proceso de adopción de ese *hijo*;
- c. su hijastro;
- d. un *menor* bajo custodia provisional (foster child);
- e. un *hijo* de su *hijo* que es su dependiente, 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, en inglés) es aquel equipo que puede resistir un uso reiterado, que se usa principal y generalmente con fines médicos, que por lo general no le es útil a alguien que no presenta una enfermedad o lesión y que es apropiado para su uso en el hogar.

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

Fecha efectiva significa la fecha en que 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 asistencia de salud prestados en un *hospital* (sala de emergencias), centro médico de emergencias independiente o instalación comparable para evaluar y estabilizar condiciones de salud o atención de salud mental, graves trastornos de salud mental y consumo de sustancias de reciente aparición y gravedad, incluyendo, pero que no se limita a dolor intenso, que llevarían a una persona inexperta prudente, con conocimiento promedio de la medicina y la salud, a creer que la condición de salud de la persona, la enfermedad o lesión es de tal naturaleza que el no recibir atención médica inmediata podría dar lugar a:

- poner en grave peligro la salud del paciente o de otra persona;
- 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.

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

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

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

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

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

Grupo se refiere al Teacher Retirement System of Texas (TRS) que ha hecho un Acuerdo de Servicios Administrativos con BCBSTX, en virtud del cual BCBSTX proporcionará servicios médicos para los *participantes* del *grupo* que se inscriban.

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

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

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

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

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

- medicamentos y soluciones intravenosas;
- servicios farmacéuticos 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 profesional*, incluidos, entre otros, las fórmulas nutricionales estándar empleadas en la terapia de nutrición enteral, no se incluyen en esta definición.

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

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

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

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

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

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

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

Paciente interno 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) es la tarjeta que BCBSTX emite al *participante* de su seguro de gastos médicos que indica la información pertinente aplicable a su cobertura.

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

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

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

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

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

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

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 recetarán para el *participante* y este los use durante una *admisión hospitalaria*.

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

- cargos de habitación; si el *participante* se aloja en una habitación privada, el monto del cargo de habitación que supere el cargo promedio de una habitación semiprivada del *hospital* no se considera un *gasto elegible*;
- todos los demás servicios habituales en *hospitales*, incluidos fármacos y medicamentos, que sean *médicamente necesarios* y coherentes con la condición 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 residencial para recibir tratamiento* o un *centro residencial de tratamiento para niños y adolescentes*, en lugar de la hospitalización, se considerarán *gastos de pacientes internados*.

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

Estos programas ofrecen evaluaciones, tratamiento y servicios de planificación del alta médica integrados y alineados para el tratamiento de condiciones de salud 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 Médica Administrada se refiere a un tipo de atención médica centrada en ayudar a reducir costos mientras se prestan los servicios de calidad adecuados al *participante*.

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

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

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

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

- se ofrezcan bajo la dirección o por receta de un *médico*, un *proveedor de 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 profesional* si el servicio o suministro indicado:

- lo proporciona una persona que trabaja para el *médico*, *proveedor de servicios de salud mental* u *otro proveedor profesional* 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 profesional* que dirige el servicio o suministro;
- es facturado al paciente por el *médico*, *proveedor de servicios de salud mental* u *otro proveedor profesional* que dirige el servicio o suministro.

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

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

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

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

El personal médico de BCBSTX determinará si un servicio o suministro es *médicamente necesario* conforme a su seguro 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 profesional* hayan recetado un tratamiento, es posible que dicho tratamiento no sea *médicamente necesario* en virtud de esta definición.

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

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

- el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno o condición de salud mental enumerado en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en su versión revisada, o cualquier otro sistema de codificación diagnóstica que utilice BCBSTX, independientemente de si la causa de la enfermedad, trastorno o condición de salud es de naturaleza física, química o mental;
- el diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, condición de salud, enfermedad o trastorno por parte de un *médico*, *proveedor de servicios de salud mental* u *otro proveedor profesional* (o cualquier persona que trabaje bajo la dirección o la supervisión de un *médico*, *proveedor de salud mental* u *otro proveedor profesional*) cuando el *gasto elegible* sea:
 - a. psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta;
 - b. asesoramiento;
 - c. psicoanálisis;
 - d. pruebas y evaluaciones psicológicas;
 - e. la administración o el monitoreo de medicamentos psicotrópicos;
 - f. consultas al hospital (si corresponde) o consultas en un centro indicado en el punto 5 a continuación.
- tratamiento electroconvulsivo;
- medicamentos psicotrópicos;
- cualquiera de los servicios indicados en los puntos 1 a 4 anteriores, que se lleven a cabo en o por un *hospital*, un *centro especial de atención médica*, u otro centro o unidad autorizada que proporcione dicha atención médica.

Obesidad mórbida significa un índice de masa corporal (BMI, en inglés) mayor o igual a 40 kg/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 profesionales, 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 médica 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, un centro especial de atención médica* o cualquier otro centro o institución que no ha firmado un contrato por escrito con BCBSTX para la prestación de atención, servicios o suministros para los que su seguro de gastos médicos ofrece beneficios. Cualquier *hospital, centro especial de atención médica, centro* o institución que tenga un contrato por escrito con BCBSTX que haya expirado o haya sido cancelado es un *centro sin contrato*.

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

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

- **Otro proveedor profesional:** una persona o proveedor, únicamente según la lista a continuación, siempre que actúe según el alcance de su licencia y que disponga de una certificación adecuada:
 - a. Enfermero de práctica avanzada (APN);
 - b. Doctor en quiropráctica;
 - c. Doctor en odontología;
 - d. Doctor en optometría;
 - e. Doctor en podiatría;
 - f. Doctor en psicología;
 - g. Acupunturista con licencia;
 - h. Audiólogo con licencia;
 - i. Consejero licenciado en el trastorno por consumo de sustancias;
 - j. Dietista con licencia;
 - k. Profesional con licencia en el ajuste y distribución de instrumentos de audición;
 - l. Terapeuta profesional para parejas y familias;
 - m. Trabajador social clínico profesional;
 - n. Terapeuta ocupacional con licencia;
 - o. Fisioterapeuta con licencia;
 - p. Consejero profesional;
 - q. Patólogo con licencia en terapia del habla;

- r. Asistente quirúrgico certificado;
- s. Partera;
- t. Primer asistente de enfermería;
- u. Asistente médico;
- v. Asociados psicólogos (psychological associates) que trabajan bajo supervisión de un Doctor en psicología.

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

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

Beneficios fuera de la red significa los beneficios disponibles conforme a su seguro de gastos médicos para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor de servicios médicos fuera de la red*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Área de servicio del plan significa el área o áreas geográficas en las que se ofrece y está disponible una

red de proveedores, y se utiliza para determinar la elegibilidad para beneficios del **Seguro de gastos médicos**.

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

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.

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

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

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

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

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

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*, o cualquier otra persona, empresa o institución que proporcione a un *participante* un artículo de servicio o suministro enumerado como *gasto elegible*.

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

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

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

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

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

Para el paraprofesional o terapeuta de salud mental:

- un miembro del personal con dos años de educación universitaria, con un Analista asistente en salud mental avalado por la junta de su especialidad (BCaBA, en inglés) para el paraprofesional o terapeuta;
- un miembro del personal con certificación de Técnico de conducta registrado (RBT, en inglés), para el terapeuta de salud mental (direct line therapist), con entrada en 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 póliza médica aprobadas y los requisitos de *necesidad médica* de Blue Cross and Blue Shield.

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

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

Centro residencial para recibir tratamiento se refiere a un centro que ofrece un curso definido de intervención terapéutica y una programación especial en un entorno controlado, junto con un nivel de seguridad, supervisión y estructura médicamente necesario para satisfacer las necesidades de los pacientes atendidos o que se atenderán en dicho centro. Los centros residenciales para recibir tratamiento deben contar con una licencia de la autoridad estatal y local correspondiente como centro residencial para recibir tratamiento o su equivalente bajo las leyes o regulaciones de dicha localidad o deben estar acreditados por un organismo nacional de acreditación como un centro residencial para recibir tratamiento o su equivalente.

Los organismos de acreditación aceptados son:

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

Esto incluye cualquier licencia especializada que pueda ser aplicable dado los servicios que se prestarán o la población que se servirá. Como no proporcionan el nivel de cuidado, seguridad o supervisión

apropiado de un centro residencial para recibir tratamiento, los siguientes no se incluirán en la definición de centro residencial para recibir tratamiento: centros de reinserción social, vida supervisada, residencias de grupos, programas educativos y terapéuticos de salida al campo, pensiones u otros centros que ofrezcan un entorno principalmente de apoyo/custodia o aborden principalmente las necesidades sociales a largo plazo, aunque se brinde asesoramiento en tales centros. Para ser elegible como un centro residencial para recibir tratamiento, se debe monitorear médicamente a los pacientes con profesional médico disponible las 24 horas y estar bajo cuidado y supervisión de enfermería en el sitio, por lo menos, un turno al día con disponibilidad de guardia para los otros turnos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- afiliado a un *hospital* según un acuerdo contractual con un sistema establecido de *referencia* de pacientes;

- acreditado como centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
- licenciado como programa de tratamiento para el Trastorno por consumo de sustancias por la Comisión sobre Consumo de Alcohol y Drogas de Texas;
- licenciado, certificado o aprobado como programa o centro de tratamiento para el Trastorno por consumo de sustancias por cualquier otra agencia estatal que tenga autoridad legal para otorgar licencias, certificados o aprobaciones.

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

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

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

- un centro de cirugía (diurna) para pacientes ambulatorios;
- un centro de terapia de radiación independiente;
- un centro de partos independiente.

Atención médica inmediata/urgente significa servicios médicos o de atención médica proporcionados en una situación que no sea de emergencia, 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 del estado de salud de la persona.

La “**tarifa habitual**”, a los efectos de este manual de beneficios, comprende los *montos permitidos* relevantes según se explican y establecen expresamente en este manual de beneficios.

Programa Value-Based 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*.

DISPOSICIONES GENERALES

Agente de seguros

TRS no es agente de seguros de BCBSTX.

Enmiendas

Su seguro de gastos médicos podrá enmendarse o modificarse 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 bajo este *plan* que son pagaderos a o en nombre de cualquier beneficiario o *participante* son nunca asignables o transferibles a cualquier otra persona o entidad, incluyendo cualquier *proveedor de atención médica*, establecimiento 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 ningún gravamen por parte de ninguna persona o entidad, incluyendo cualquier centro de atención médica de un *proveedor de atención médica*, proveedor de servicios de salud o cualquier otra persona o entidad de atención médica antes o después de que se le proporcionen beneficios, servicios o suministros. BCBSTX se reserva el derecho a su discreción de realizar cualquier pago de beneficios conforme al *plan* directamente a: (a) usted, (b) cualquier *centro con contrato* o *proveedor dentro de la red*, (c) cualquier *proveedor de servicios médicos fuera de la red*, u (d) otra persona o entidad designada, incluido cualquier *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, 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, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, su derecho a solicitar o recibir documentos del *plan* o solicitar y recuperar una multa relacionada con una demora o incumplimiento de proporcionar los documentos del *plan*. Además, ni usted ni ninguna otra persona que actúe en su nombre podrán ceder a otra persona o entidad, lo que incluye cualquier *proveedor de atención médica*, centro de atención médica, prestador de atención médica u otra persona o entidad de atención médica, una reclamación o el derecho a entablar una demanda, incluida una reclamación relacionada con un incumplimiento del deber fiduciario o de hacer cumplir de otro modo una ley estatal o federal.

Cancelación

A menos que se disponga lo contrario en este documento, BCBSTX no tendrá derecho a cancelar o rescindir ningún *plan* emitido a ningún *asegurado principal* mientras el Acuerdo de Servicios Administrativos permanezca vigente y en efecto, y mientras dicho *asegurado principal* permanezca en la clase elegible de jubilados del *grupo* y las Primas se paguen en conformidad con los términos de este *plan*.

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.

Coordinación de beneficios

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) aplica cuando usted tiene cobertura médica por medio de más de un *plan de atención médica*. El orden de las normas de determinación de beneficios rige el orden en el cual el *seguro de gastos médicos* pagará una reclamación de beneficios. El *seguro de gastos médicos* que paga primero se llama plan primario. El plan Primario tiene que pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su póliza sin considerar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El *seguro de gastos médicos* que pague después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario pudiera reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes equivalgan al 100 por ciento del total del Gasto permitido.

Para fines de esta sección solamente, las siguientes palabras y frases tienen los siguientes significados:

Gasto permitido significa un gasto de atención médica, incluidos deducibles, coseguro, y copagos, que tiene cobertura al menos en forma parcial por un *seguro de gastos médicos* que cubra a la persona para quien se presenta la reclamación. Cuando un *seguro de gastos médicos* (incluido este *seguro de gastos médicos*) provee beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio suministrado se considera un Gasto Permitido y un beneficio pagado. Además, ningún gasto que un proveedor de atención médica o médico por ley o según un acuerdo contractual tenga prohibido cobrar a un asegurado es gasto permitido.

Seguro de Gastos Médicos significa cualquiera de los siguientes (incluido este *seguro de gastos médicos*) que proporciona beneficios o servicios para un tratamiento o atención médica o por motivo de estos. Si se usan contratos separados para proveer cobertura coordinada para asegurados de un grupo, los contratos separados se consideran parte del mismo plan y no hay Coordinación de beneficios (COB) entre esos contratos separados:

Pólizas de seguro médico y por accidente de franquicia, general o grupal, sin incluir cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencias de cobertura de la organización para el mantenimiento de la salud grupales e individuales; planes de beneficios de proveedor preferido, grupales e individuales, y planes de beneficios de proveedor exclusivo; contratos de seguro grupal, contratos de seguro individual y contratos de asegurado principal que paguen o reembolsen el costo de la atención dental; componentes de atención médica de contratos de atención médica a largo plazo individuales y grupales; cobertura de beneficios limitados no emitida para complementar pólizas vigentes individuales o grupales; acuerdos para personas sin cobertura de seguro médico, de cobertura de grupo o tipo grupo; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro automotor; y Medicare u otros beneficios gubernamentales según lo permita la ley.

El seguro de gastos médicos no incluye lo siguiente: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Fondo de Seguros Médicos de Texas; cobertura de indemnización laboral; cobertura de indemnización por internaciones en el hospital u otra cobertura de indemnización fija; cobertura de enfermedades específicas; cobertura de beneficios complementarios; cobertura solo por accidentes; cobertura por accidentes específicos; coberturas por accidentes escolares que cubren a los estudiantes solo por accidentes, incluidas las lesiones atléticas, ya sea las “24 horas” o “hacia y desde la escuela”; beneficios estipulados en contratos de seguros de atención médica a largo plazo por servicios que no son médicos, por ejemplo, cuidado personal, atención diurna para adultos, servicios domésticos, ayuda con actividades de la vida diaria, atención médica de relevo y cuidado personal no médico o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin considerar los gastos incurridos o la recepción de los servicios; pólizas complementarias de Medicare; un plan estatal bajo Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, proporcione beneficios adicionales a los de cualquier plan de seguro privado; otro plan no gubernamental; póliza de seguros contra accidentes personales y de seguro de gastos médicos diseñada para integrarse por completo en otras pólizas por medio de un deducible variable.

Cada contrato de cobertura es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las normas de COB se aplican solo a una de las dos, cada parte se considera un plan separado.

BCBSTX tiene el derecho de coordinar beneficios entre este *seguro de gastos médicos* y cualquier otro *seguro de gastos médicos* que le brinde cobertura.

Las reglas que establecen el orden de la determinación de beneficios entre este seguro y otro *seguro de gastos médicos* que le brinde cobertura en cuyo nombre se presenta la reclamación son las siguientes:

1. los beneficios de un *seguro de gastos médicos* que no tiene disposición de coordinación de beneficios en todos los casos se determinarán antes de los beneficios de este Plan;
2. si, según las reglas establecidas a continuación en esta sección, los beneficios de otro *seguro de gastos médicos* que contenga una disposición que coordine sus beneficios con este *seguro de gastos médicos* se determinarán antes de determinar los beneficios de este *seguro de gastos médicos*, los beneficios del otro *seguro de gastos médicos* se considerarán antes de la determinación de beneficios bajo este *seguro de gastos médicos*.

El orden de los beneficios para su reclamación en relación con los párrafos 1 y 2 anteriores se determina mediante la primera de las siguientes reglas que sea aplicable:

1. **dependiente o no dependiente.** El *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona, pero no como Dependiente, por ejemplo, como empleado, asegurado, titular de póliza, asegurado principal o jubilado, es el plan primario, y el *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona como Dependiente es el secundario. No obstante, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como consecuencia de la ley federal, Medicare es secundario respecto del *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona como dependiente y Primario respecto del *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona como otra condición que no sea dependiente, el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte para que el *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona como empleado, asegurado, titular de póliza, asegurado principal o jubilado sea el secundario y el otro *seguro de gastos médicos* sea el primario. Un ejemplo incluye a un empleado jubilado;
2. **hijo dependiente incluido por más de un seguro de gastos médicos.** A no ser que exista una orden judicial que establezca lo contrario, los *seguros de gastos médicos* que cubran a un hijo Dependiente tienen que determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que aplican;
 - a. para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si han estado casados o no:
 - (i) el *seguro de gastos médicos* del progenitor cuyo cumpleaños sea antes en el Año Calendario es el plan primario; o
 - (ii) si ambos padres cumplen años el mismo día, el *seguro de gastos médicos* que ha incluido al progenitor por más tiempo es el plan primario.
 - b. para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados o no viven juntos, independientemente de si han estado casados o no:
 - (i) si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o cobertura de atención médica del hijo dependiente y si el *seguro de gastos médicos* de ese progenitor tiene conocimiento real de esos términos, ese *seguro de gastos médicos* es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comiencen después de que el *seguro de gastos médicos* dé aviso de la sentencia judicial;
 - (ii) si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del punto 2.a. tienen que determinar el orden de los beneficios;
 - (iii) si una orden judicial establece que los padres tienen la custodia conjunta sin especificar que un padre tiene responsabilidad de pagar la cobertura o los gastos de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del punto 2.a. tienen que determinar el orden de los beneficios;
 - (iv) si no existe orden judicial que asigne responsabilidad por los gastos o cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:
 - (I) el *seguro de gastos médicos* que cubra al progenitor que tiene la custodia;
 - (II) el *seguro de gastos médicos* que cubra al cónyuge del progenitor que tiene la custodia;
 - (III) el *seguro de gastos médicos* que cubra al progenitor que no tiene la custodia; después
 - (IV) el *seguro de gastos médicos* que cubra al cónyuge del progenitor que no tiene la custodia.

- c. para un hijo dependiente incluido en virtud de más de un *seguro de gastos médicos* de personas que no sean los padres del hijo, las disposiciones del punto 2.a o 2.b tienen que determinar el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del hijo;
 - d. para un hijo dependiente con cobertura conforme a los *seguros de gastos médicos* de uno o ambos padres, y con su propia cobertura como dependiente en virtud del *seguro de gastos médicos* de un cónyuge, se aplica lo que indica el siguiente párrafo 5;
 - e. en caso de que la cobertura del hijo dependiente en virtud del *seguro de gastos médicos* del cónyuge comience en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente en virtud de los *seguros de gastos médicos* de uno o ambos padres, el orden de los beneficios tiene que determinarse con la regla del cumpleaños del punto 2.a. a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.
3. **empleado activo, jubilado o despedido.** El *seguro de gastos médicos* que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no fue despedido ni se jubiló, es el plan primario. El *seguro de gastos médicos* que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucede si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el *seguro de gastos médicos* que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido o como dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta regla, y como consecuencia, el *seguro de gastos médicos* no acuerda el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si el párrafo 1. anterior puede determinar el orden de los beneficios;
 4. **continuación de cobertura del estado o COBRA.** Si una persona cuya cobertura se provee en virtud de la Ley COBRA o en virtud de un derecho de continuación establecido por ley estatal u otra ley federal, tiene cobertura de otro *seguro de gastos médicos*, el *seguro de gastos médicos* que incluye a la persona como empleado, asegurado, asegurado principal o jubilado o que incluye a la persona como dependiente de un empleado, asegurado, asegurado principal o jubilado es el plan Primario y la cobertura del estado, de COBRA u otra cobertura de continuación federal es el plan secundario. Si el otro *seguro de gastos médicos* no tiene esta regla y los *seguros* se contradicen en cuanto al orden de beneficios, no se aplica esta norma. Esta regla no se aplica si el párrafo 1. anterior puede determinar el orden de los beneficios;
 5. **duración mayor o menor de la cobertura.** El *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona como empleado, asegurado, titular de póliza, asegurado principal o jubilado, desde hace más tiempo, es el plan Primario, y el *seguro de gastos médicos* que cubre a la persona durante un período menor es el secundario;
 6. si las normas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos tienen que compartirse en partes iguales entre los *seguros de gastos médicos* que alcanzan la definición del *seguro de gastos médicos*. Además, este *seguro de gastos médicos* no pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el plan primario.

Cuando este *seguro de gastos médicos* es secundario, puede reducir sus beneficios, de manera que el total de beneficios pagados o suministrados por todos los *seguros de gastos médicos* no supere el total de Gastos Permitidos. Al determinar el monto a pagar por una reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado si no hubiera otra cobertura de atención médica y aplicará ese monto calculado a cualquier Gasto Permitido en virtud de su *seguro de gastos médicos* que el plan primario no haya pagado. Entonces, el plan secundario puede reducir su pago por el monto de manera que, cuando se combine con el monto pagado por el plan primario, el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los *seguros de gastos médicos* por la reclamación equivalga al 100 por ciento del Gasto Permitido total para esa reclamación. Además, el plan secundario tiene que acreditar al deducible de su plan (si corresponde) los montos que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.

Si un asegurado está inscrito en dos o más *seguros de gastos médicos* de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación de servicios por parte de un proveedor que no es parte del panel, a uno de los *seguros de gastos médicos* de panel cerrado no le corresponde pagar los beneficios, la COB no se puede aplicar entre ese *seguro de gastos médicos* y los otros *seguros de gastos médicos* de panel cerrado.

Cuando los beneficios estén disponibles para usted como beneficios primarios bajo Medicare, dichos beneficios se determinarán en primer lugar y los beneficios en este Plan podrán reducirse como corresponde. Tiene que completar y enviar los consentimientos, comunicados, asignaciones y otros documentos solicitados por BCBSTX para obtener o asegurar el reembolso por parte de Medicare. Si no coopera o se inscribe en la Parte B del programa Medicare, será responsable del dinero que Medicare hubiera pagado si hubiera cooperado o inscrito.

Para los fines de esta disposición, BCBSTX puede, sujeto a requisitos de confidencialidad correspondientes establecidos en este Plan, informar a una compañía de seguros u otra organización, u obtener de estas, la información necesaria en virtud de esta disposición. Si reclama beneficios en virtud de este Plan, tiene que entregar toda la información que Nosotros consideremos necesaria para implementar esta disposición.

Ninguna de las normas anteriores en relación con la coordinación de beneficios demorará sus servicios de atención médica incluidos en virtud de este Plan.

Cuando BCBSTX haya realizado pagos con respecto a los gastos permitidos por un monto total, en cualquier momento, que exceda el 100% del monto del pago necesario en ese momento para cumplir con la intención de esta Parte, tendremos el derecho de recuperar tal pago, hasta el excedente en cuestión, de una o más de las siguientes fuentes, según lo determinemos: de cualquier persona o personas a quienes se les hayan realizado esos pagos, o para quienes se hayan realizado, con respecto a quienes se hayan realizado; compañías de seguro; u otras organizaciones a las cuales se hayan hecho esos pagos.

Autorización de divulgación

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

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.

Servicios de protección contra robo de identidad

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

Medicare

Las reglas especiales se aplican cuando tiene cobertura por parte de este *plan* y por *Medicare*. Generalmente, este *plan* es un Plan Primario si usted es un empleado activo y *Medicare* es un Plan Primario si es un empleado jubilado.

Relación con el participante/proveedor

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

BCBSTX, TRS, los *proveedores dentro de la red* u otros *proveedores de servicios de salud* con contrato son contratistas independientes el uno al otro. BCBSTX y TRS de ninguna manera inciden o participan en las decisiones de tratamiento de atención médica que tomen tales *proveedores*, ni tampoco las controlan. 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 *profesionales de dentro de la red* mantienen una relación de *proveedor-paciente* con los *participantes* y son exclusivamente responsables ante usted por todos los servicios de salud. Si un *proveedor dentro de la red* no puede establecer una relación *proveedor-paciente* satisfactoria, el *proveedor dentro de la red* puede enviar una solicitud por escrito a BCBSTX para terminar la relación *proveedor de la red-paciente*, y esta solicitud puede aplicarse a otros *proveedores* de la misma práctica de grupo, si corresponde.

Pago en exceso

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

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

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

Termina la cobertura

Termina la cobertura individual

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

- el administrador del plan no recibe su prima a tiempo;
- ya no satisface la descripción de jubilado como se describe en este manual de beneficios;
- el *plan* se rescinde o se modifica, según las indicaciones del *administrador del plan*, para terminar la cobertura de la clase de jubilados a la que 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.

BCBSTX puede negarse a renovar la cobertura de un *participante* elegible a causa de fraude o declaración errónea intencional de hecho material por parte de esa persona.

La cobertura para un *hijo* de cualquier edad médicamente certificado como *Discapacitado* y que dependa

del padre no terminará cuando alcance el límite de edad que se indica en su **PROGRAMA DE COBERTURA** si el *hijo* sigue cumpliendo con los siguientes dos criterios:

- *ser discapacitado*;
- depender de usted para más de la mitad de su manutención según se define en el Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos.

Discapacitado significa una condición de salud física o mental determinable 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. Debe presentar prueba satisfactoria de la discapacidad y la dependencia a través del administrador de su plan a BCBSTX antes de que el *hijo* alcance la edad límite. Como condición para la continuidad de la cobertura de un *hijo* como *dependiente Discapacitado* después del límite de edad, BCBSTX puede exigir certificación periódica del problema físico o mental del *hijo*, pero no con mayor frecuencia que una vez al año después del período de dos años posterior a que el *hijo* alcance el límite de edad.

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 conforme a COBRA

Una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) creó el derecho a la continuación de cobertura COBRA, que es una extensión provisional de la cobertura conforme al plan para su cónyuge o sus hijos dependientes que están incluidos por el plan cuando, de lo contrario, podrían perder la cobertura médica grupal. Este aviso explica generalmente la continuación de la cobertura COBRA, cuando esté a disposición de su familia, y lo que usted necesita para proteger el derecho a recibirla.

Usted y sus dependientes incluidos deben leer esta información cuidadosamente para tener un conocimiento general de los derechos y obligaciones de su cónyuge o hijos dependientes en virtud de la ley COBRA. Este aviso proporciona solo un resumen de los derechos de continuación de cobertura de COBRA. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el plan y las leyes federales, comuníquese con TRS-Care en el Teacher Retirement System of Texas, División de Beneficios de Salud de Grupo.

Tanto el administrador del plan como un tercero designado por este son responsables de administrar la continuación de la cobertura de COBRA. Comuníquese con su administrador del plan 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.

Las personas con derecho a cobertura en virtud de la ley COBRA se denominan “beneficiarios calificados”. Las personas que pueden ser beneficiarios calificados son el cónyuge y los hijos dependientes de un jubilado con cobertura que experimenta una pérdida de la cobertura según el plan únicamente debido a un “evento elegible” en virtud de la ley COBRA. Para ser un beneficiario calificado, una persona debe haber sido inscrita en el plan el día anterior a la fecha del evento elegible que provoca la pérdida de la cobertura para esa persona. Los dependientes que no estén inscritos previamente en el plan no pueden optar por comenzar la cobertura en virtud de la ley COBRA. Su cónyuge puede optar por continuar el plan de cobertura para sí mismo o para sus dependientes, o cada hijo dependiente puede elegir individualmente. Cualquier elección hecha en nombre de un dependiente será vinculante para esa persona.

Un hijo que nació o fue adoptado por un jubilado o cónyuge sobreviviente incluido durante el período de continuación de la cobertura COBRA puede ser elegible para inscribirse en la cobertura COBRA como beneficiario calificado. Este hijo tendría que ser agregado al plan en un plazo de 31 días a partir de la fecha de nacimiento o adopción.

El período de cobertura máximo para un hijo que se agrega a la cobertura de continuación de COBRA se mide desde la misma fecha que para los beneficios calificados con respecto al mismo evento elegible y no desde la fecha de nacimiento o adopción.

Un resumen de las disposiciones de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) es el siguiente:

- el plan debe ofrecer a su cónyuge y a sus hijos dependientes que estén inscritos en el plan el derecho de continuar temporalmente la cobertura médica grupal si la cobertura cesaría en caso de que se produzcan determinados eventos que califiquen. La continuación de la cobertura COBRA que su cónyuge o sus hijos dependientes eligen obtener, si es que lo hacen, proporciona beneficios que son idénticos a los proporcionados por la cobertura a jubilados que se encuentran en una situación similar y a sus dependiente. El plan notificará a su cónyuge o hijos dependientes de cualquier cambio en la cobertura o los beneficios disponibles. La continuación de la cobertura de COBRA está disponible si su cónyuge o sus hijos dependientes pierden la cobertura según el plan debido a alguno de los siguientes motivos:
 - a. su fallecimiento;
 - b. su divorcio o separación legal;
 - c. un hijo dependiente deje de serlo según la definición de este documento.

Si su cónyuge o hijos dependientes perdieran la cobertura ante la ocurrencia de uno de estos eventos elegibles, su cónyuge o sus hijos dependientes deben notificar a TRS-Care en el Teacher Retirement System of Texas de la División de beneficios de salud grupal de Texas dentro de los 60 días posteriores a la (1) fecha en la que se produce el evento elegible; o (2) la cobertura de fecha se perdería como resultado del evento elegible. Para que un aviso por escrito de un evento elegible sea oportuno, se debe publicar o enviar de otro modo a TRS-Care el último día del período de notificación de 60 días o antes.

Una vez que se notifique a TRS-Care que ha ocurrido un evento elegible, se le ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios elegibles. La continuación de la cobertura COBRA comenzará para cada beneficiario elegible que decida oportunamente que desea la cobertura en la fecha que, de lo contrario, perdería la cobertura del plan.

Para elegir la continuación de la cobertura de COBRA, un beneficiario elegible debe elegir la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que la cobertura se perdería según el plan por motivo de un evento elegible, o la fecha en la que un beneficiario calificado reciba el aviso de COBRA. Para ser puntual, el formulario de elección de COBRA debe ser posterior o, de lo contrario, enviarse a Blue Cross Blue Shield de Texas el último día del período de elección de 60 días o antes.

Si TRS-Care no recibe un aviso oportuno sobre un evento elegible o si un beneficiario que califica no elige de manera oportuna la continuación de la cobertura de COBRA, la cobertura de beneficios de la salud grupal para hijos dependientes o cónyuges, en virtud del plan, terminará y no podrá restablecerse en virtud de la ley COBRA.

Su cónyuge o hijos dependientes pueden ser elegibles para optar por continuar con la cobertura en virtud de otra disposición del plan en lugar de esta continuación de COBRA.

- si un beneficiario elegible decide continuar con la cobertura de COBRA, el período máximo en el que continuará la cobertura de COBRA para ese beneficiario calificado es de 36 meses a partir de la fecha del evento elegible y que generó la pérdida de la cobertura. La continuación de la cobertura COBRA para su cónyuge o hijos dependientes terminará automáticamente antes de la finalización de este período de 36 meses solo cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:
 - a. el plan termina;
 - b. su cónyuge o hijos dependientes no realizan el pago oportuno de una prima requerida;
 - c. su cónyuge o hijos dependientes están incluidos bajo otro seguro de gastos médicos grupal que no contiene ninguna exclusión o limitación aplicable al individuo, o que contiene una limitación o exclusión preexistente, pero no se aplica a la persona porque se le acreditó una cobertura válida previa durante el período de exclusión o limitación;
 - d. su cónyuge o hijos dependientes ya no son elegibles para la cobertura de continuación de COBRA debido a cualquier otro motivo permitido por la ley.

La ley permite a TRS-Care cobrar a cualquier persona que decida continuar con la cobertura de COBRA el 102% del costo total del plan durante el período de cobertura a un beneficiario en una situación similar para el cual no se ha producido un evento que active la pérdida de la cobertura. Si su cónyuge o hijos dependientes deciden continuar con la cobertura, su pago inicial se debe presentar a Blue Cross and Blue Shield de Texas dentro de los 45 días posteriores a su elección. Este pago inicial debe cubrir el período comprendido entre la fecha de terminación de la cobertura y la fecha de la elección de COBRA.

Una vez realizado el pago inicial en virtud de la ley COBRA, las contribuciones COBRA se vencen el primer día del mes y deben pagarse antes del último día de cada mes para el cual se requiere una contribución correspondiente a la ley COBRA.

El patrocinador del plan determina el monto de la contribución de COBRA y puede cambiarlo una vez al año. En caso de haya un cambio en los montos de las contribuciones, se enviará una notificación. La continuación de la cobertura de COBRA está sujeta a la elección oportuna de la continuación de la cobertura y a la recepción de cualquier contribución requerida que deba pagarse. Si la elección de COBRA no es oportuna o los pagos correspondientes no se reciben en el momento adecuado, la continuación de cobertura de COBRA elegida se cancelará de forma permanente y retroactiva al primer día del período durante el cual se aplica el pago adeudado. La cobertura de COBRA de su cónyuge o hijos dependientes no puede ser restablecida en tal caso.

Un beneficiario calificado no tiene que demostrar que es asegurable para elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Sin embargo, la continuación de la cobertura de COBRA según la ley se proporciona sujeta a la elegibilidad de los individuos para la cobertura del plan. TRS-Care se reserva el derecho de terminar de forma retroactiva la continuación de la cobertura de COBRA de una persona si se determina que no es elegible. Una vez que la continuidad de la cobertura de COBRA termina por cualquier motivo, no se puede restablecer.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con TRS-Care en el Teacher Retirement System of Texas, División de Beneficios de Salud de Grupo.

Aviso de los derechos de continuación de COBRA

El *patrocinador del plan* es responsable de proveer la notificación necesaria a los *participantes*, tal y como se estipula en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y la Ley de Reforma Fiscal de 1986.

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

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 Plan del Seguro de Gastos Médicos Grupal del Empleador a partir del 1 de enero de 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 de Beneficios. Se aplicarán los términos de esta Enmienda, a menos que las leyes Federales o de Texas exijan lo contrario, en caso de conflicto entre los términos de esta Enmienda y los establecidos en el Manual de Beneficios. Sin embargo, las definiciones establecidas en esta Enmienda se utilizan únicamente para los fines de esta. Además, para los efectos de esta Enmienda, las referencias a Usted y Su incluyen a cualquier asegurado, incluidos los Participantes y Dependientes.

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

I. Continuación de la atención médica

Si Usted está bajo el cuidado de un Proveedor Participante, como se define en este Manual de Beneficios, que deja de participar en la red del Plan, (por razones distintas al incumplimiento de los estándares de calidad aplicables, incluida la incompetencia médica o la conducta profesional, o por fraude), Usted podrá 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.

II. Ley federal de no sorpresas

1. Definiciones

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

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

“Condición 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 Médica de Emergencia hasta que Su condición de salud se establezca;
- los servicios incluidos que Usted recibe de un Proveedor No Participante durante la misma consulta después de que su Condición Médica de Emergencia se haya estabilizado, a menos que ocurran las siguientes situaciones:
 1. su Proveedor No Participante determina que Usted puede viajar en transporte no médico o para casos que no sean de emergencia;

2. su Proveedor No Participante le proporcionó a Usted un formulario de aviso de consentimiento para la facturación de saldo adicional de los servicios; y
3. Usted proporcionó su consentimiento informado.

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

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

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

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

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

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

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

- a. la Ley federal de No Sorpresas contiene varias protecciones relacionadas con las facturas médicas sorpresa de servicios prestados por Proveedores No Participantes y Centros de Emergencia No Participantes. Los artículos y Servicios Incluidos en estas protecciones (“Servicios con Cobertura”) se enumeran a continuación;
- servicios de Emergencia obtenidos de un Proveedor No Participante o de un Centro de Emergencia No Participante;
 - servicios con Cobertura que No son de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante en un Centro Participante (a menos que Usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones frente a la facturación de con 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 Incluidos, 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, Montos de Copago y Monto de Coparticipación.

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

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

3. Prohibición de la facturación con saldo adicional

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

Si Usted recibe Servicios de Emergencia de un Proveedor No Participante o de un Centro de Emergencia no Participante, lo máximo que puede facturarle el Proveedor No Participante o el Centro de Emergencia no Participante es Su costo compartido

dentro de la red. No se le puede facturar el saldo adicional por estos Servicios de Emergencia, a menos que Usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a Sus protecciones para que no se le facture el saldo adicional por los servicios que reciba después de que se encuentre en una condición estable.

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

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

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

AVISOS

AVISOS

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

Servicios fuera del área

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) mantiene varios acuerdos con otras licenciatarias de Blue Cross and Blue Shield, que, por lo general, se denominan “Programas entre planes”. Cuando obtiene servicios de atención médica fuera del área de servicio de BCBSTX, las reclamaciones de estos servicios pueden procesarse a través de uno de estos Acuerdos entre planes, que incluye al programa BlueCard, y puede incluir acuerdos negociados para cuentas nacionales disponibles entre BCBSTX y otras licenciatarias de Blue Cross and Blue Shield.

Por lo general, al obtener atención fuera de nuestra área de servicio, usted obtendrá atención de proveedores de atención médica que tienen un acuerdo contractual (es decir, “proveedores participantes”) con una licenciataria local de Blue Cross and Blue Shield en ese otro lugar geográfico (“licenciataria local de Blue” [Host Blue]). En algunos casos, es posible que obtenga atención de proveedores de servicios médicos no participantes. A continuación, se describen nuestras prácticas de pago en ambos casos.

A. Programa BlueCard®

Conforme al Programa BlueCard®, cuando usted recibe servicios de atención médica con cobertura dentro del área geográfica en la que presta servicios una licenciataria local de Blue, seguiremos siendo responsables de cumplir con las obligaciones contractuales asumidas. Sin embargo, la licenciataria local de Blue es responsable de la contratación de proveedores y, por lo general, de manejar todas las interacciones con los proveedores de atención médica participantes.

Para los servicios de centros para pacientes internados recibidos en un hospital, se requiere que el proveedor participante de la licenciataria local de Blue obtenga una *autorización previa*. Si no se obtiene una *autorización previa*, el proveedor participante será sancionado según el acuerdo contractual de la licenciataria local de Blue con el proveedor, y el participante será exonerado de la sanción del proveedor.

Siempre que reciba servicios de atención médica con cobertura fuera del área de servicio de BCBSTX y que la reclamación sea procesada a través del programa BlueCard, el monto que usted paga por los servicios de atención médica incluidos se calcula con base en el monto más bajo entre lo siguiente:

- los cargos con cobertura facturados por los servicios con cobertura;
- el precio negociado que pone a nuestra disposición la licenciataria local de Blue.

Generalmente, este “precio negociado” será un descuento sencillo que refleja el precio real que paga la licenciataria local de Blue a su proveedor de atención médica. A veces, es un precio estimado que considera acuerdos especiales con su proveedor de atención médica o grupo de proveedores que pueden incluir tipos de acuerdos, pagos de incentivos u otros créditos o cargos. Ocasionalmente, se puede tratar de un precio promedio en función de un descuento que genera ahorros promedio esperados para tipos similares de proveedores de atención médica después de considerar los mismos tipos de transacciones con un precio estimado.

El precio estimado y el precio promedio, en sentido prospectivo, también consideran los ajustes para corregir las estimaciones en exceso o por debajo con respecto a las modificaciones de precios anteriores para los tipos de modificaciones de transacciones indicadas anteriormente. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que usamos para su reclamación porque no se aplicarán en forma retroactiva respecto de las reclamaciones que ya se hayan pagado.

Es posible que la ley federal o las leyes de una reducida cantidad de estados exijan que la licenciataria local de Blue agregue un cargo adicional a su cálculo. Si la ley federal o cualquier ley estatal exige otros métodos para el cálculo de responsabilidad, incluido un cargo adicional, calcularemos su responsabilidad respecto de los servicios de atención médica con cobertura de acuerdo con las leyes pertinentes.

B. Acuerdos negociados para las cuentas nacionales (programa externo a BlueCard)

Como alternativa al Programa BlueCard, sus reclamaciones por los servicios de atención médica con cobertura pueden ser procesadas a través de un acuerdo negociado para cuentas nacionales con una licenciataria local de Blue.

El monto que paga por servicios de atención médica incluidos en virtud de este acuerdo se calculará con base en el monto menor ya sea de los cargos incluidos facturados o el precio negociado (consulte la descripción del precio negociado en la Sección A., Programa BlueCard) que la licenciataria local de Blue pone a disposición nuestra.

C. Proveedores de atención médica no participantes fuera del área de servicio de BCBSTX

1. En general

Cuando se proveen Servicios con cobertura fuera del área de servicio del *plan* por parte de proveedores de atención médica no participantes, el (los) monto(s) que usted pague por tales servicios se calculará usando el método descrito en el manual de beneficios para los profesionales médicos no participantes ubicados dentro de nuestra área de servicio. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto que el proveedor de atención médica no participante factura y el pago que el *plan* realizará en concepto de los Servicios con cobertura, según se establece en este párrafo. Las leyes federales o estatales, según corresponda, regirán los pagos por los servicios de emergencia fuera de la red.

2. Excepciones

En algunos casos excepcionales, el *plan* podrá, a su absoluto criterio, negociar un pago con el proveedor de atención médica no participante en forma excepcional, aunque no está obligado a hacerlo. Si un pago negociado no está disponible, entonces el *plan* puede hacer un pago basado en el menor de lo siguiente:

- a. el monto calculado utilizando la metodología descrita en el manual de beneficios para profesionales médicos no participantes ubicados dentro de su área de servicio (y descritos en la Sección C(a)(1) anterior); o
- b. Lo siguiente:
 1. para proveedores de servicios médicos, una cantidad igual a la mayor cantidad mínima requerida en la metodología descrita en el manual para profesionales médicos no participantes ubicado dentro de su área de servicio; o una cantidad basada en los datos de reembolso del proveedor, disponibles públicamente para servicios profesionales iguales o similares, ajustados según las diferencias geográficas cuando corresponda;
 2. para proveedores de hospitales o centros, un monto igual al mayor monto mínimo requerido en la metodología descrita en el manual de beneficios para proveedores de atención médica no participantes ubicado dentro de su área de servicio; o un monto basado en datos de dominio público que reflejen los costos aproximados en que los hospitales o los centros hayan incurrido históricamente para proporcionar el mismo servicio o uno similar, ajustado según las diferencias geográficas, según corresponda, más un factor de margen para el hospital o el centro.

En estos casos, usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto que el proveedor de atención médica no participante factura y el pago que Blue Cross and Blue Shield of Texas realizará en concepto de los Servicios con cobertura, según se establece en este párrafo.

D. Programa BlueCard® de los Programas basados en el valor

Si recibe servicios incluidos de conformidad con un programa basado en calidad y desempeño dentro de un área de servicio de la licenciataria local de Blue, no deberá pagar ninguna parte de los incentivos para proveedor, tarifas de distribución del riesgo o las tarifas del coordinador de servicios médicos que formen parte de tal acuerdo, a menos que una licenciataria local de Blue transfiera estas tarifas a Blue Cross and Blue Shield of Texas a través de un precio promedio o ajustes de incentivos en la tabla tarifaria.

Según el Acuerdo, el *patrocinador del plan* tiene Blue Cross and Blue Shield de Texas, Blue Cross and Blue Shield de Texas, y el *patrocinador del plan* no impondrá los gastos compartidos para las tarifas del coordinador de servicios médicos.

E. Programa Blue Cross Blue Shield Global Core

Si usted se encuentra fuera del territorio de los Estados Unidos, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (en adelante, "área de servicio de BlueCard"), usted podrá hacer uso del Programa Blue Cross Blue Shield Global Core al obtener acceso a los Servicios con cobertura. A diferencia del Programa Blue Cross Blue Shield Global

Core, el Programa BlueCard está disponible en el área de servicio de BlueCard de determinadas maneras. Por ejemplo, si bien el Programa Blue Cross Blue Shield Global Core le brinda asistencia para obtener acceso a una red de centros para pacientes hospitalizados, para pacientes ambulatorios y proveedores profesionales, la red no es administrada por una licenciataria local de Blue. Por este motivo, cuando recibe atención de proveedores fuera del área de servicio de BlueCard, por lo general, deberá pagar a los proveedores y presentar usted mismo las reclamaciones para obtener el reembolso de estos servicios.

En el caso de que necesite servicios de asistencia médica (incluida la información sobre cómo encontrar a un médico u hospital) fuera del área de servicio BlueCard, deberá llamar al centro de servicio al 1-800-810-BLUE (2583) o al 1-804-673-1177 para las llamadas con cobro revertido, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un coordinador de asistencia, que trabaja con un prestador de servicios médicos, puede concertar una cita médica u hospitalización, si corresponde.

- **servicios de hospitalización;**

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

- **servicios para pacientes ambulatorios;**

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

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

Cuando usted paga por Servicios con cobertura fuera del área de servicio de BlueCard, tiene que presentar una reclamación para obtener reembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, debe completar un formulario de reclamación internacional a Blue Cross Blue Shield Global Core International y enviarlo, junto con las facturas detalladas del proveedor, al centro de servicio (la dirección figura en el formulario) para iniciar el procesamiento de reclamaciones. Seguir las instrucciones que figuran en el formulario de reclamación ayudará a asegurar el procesamiento oportuno de la reclamación. El formulario de reclamación se puede obtener del *plan*, del centro de servicio, o bien en línea en www.bcbsglobalcore.com. Si necesita ayuda con la presentación de una reclamación, debe llamar al centro de servicio al 1-800-810-BLUE (2583), o realice una llamada de cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

AVISO

Aviso sobre pagos que no aplican

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

AVISO

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

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

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

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

AVISO

ES POSIBLE QUE, AUNQUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SEAN O HAYAN SIDO PRESTADOS AL ASEGURADO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES QUE SE USA EN SU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, OTROS SERVICIOS PROFESIONALES SEAN O HAYAN SIDO PRESTADOS EN EL CENTRO O MEDIANTE ESTE POR MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LA RED MENCIONADA. ES POSIBLE QUE USTED SEA RESPONSABLE DEL PAGO PARCIAL O TOTAL DE LOS ARANCELES DE TALES SERVICIOS PROFESIONALES QUE SU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS NO PAGA O NO CUBRE.

AVISO

CONTINUACIÓN DE LOS DERECHOS DE COBERTURA CONFORME A COBRA

NOTA: Algunos *grupos* no se verán afectados por la CONTINUACIÓN DE COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN (COBRA). Consulte a su Administrador de Grupo si tiene preguntas sobre COBRA.

INTRODUCCIÓN

Usted recibe este aviso porque, recientemente, el seguro de gastos médicos *grupal* de su grupo de *jubilados* (el Plan) ha empezado a cubrirlo. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión provisional de cobertura conforme al Plan. **Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo estaría a su disposición y a la de su familia, y qué necesita hacer para proteger el derecho a recibirla.**

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar a su disposición cuando, en otras circunstancias, usted perdería su cobertura médica de grupo. También puede estar a disposición de otros miembros de su familia que tengan cobertura a través del Plan cuando en otras circunstancias perderían su cobertura médica de *grupo*.

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

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

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

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

- fallecimiento de su cónyuge; o
- divorcio o separación legal de su cónyuge.

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

- fallecimiento del padre jubilado;
- divorcio o separación legal de los padres; o
- el *hijo* deja de ser elegible conforme a la cobertura del Plan como “*hijo dependiente*”.

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

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA?

El Plan ofrece la continuación de la cobertura COBRA a beneficiarios elegibles solo después de que se haya notificado al Administrador del plan que ha ocurrido un evento elegible. Cuando el evento elegible sea el fallecimiento del empleado, o en caso de que se haya retirado la cobertura médica del empleado, el inicio de un procedimiento de quiebra en relación con el *grupo (patrocinador del plan)*, el *grupo (patrocinador del plan)* debe notificar al Administrador del plan acerca del evento elegible.

TIENE QUE DAR AVISO DE CIERTOS EVENTOS ELEGIBLES

El resto de los eventos elegibles (divorcio o separación legal del jubilado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un *hijo dependiente*), tiene que notificarlos al *Administrador del Plan* en un plazo de 60 días después de que ocurra un evento elegible. Comuníquese con su *patrocinador del plan* 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 jubilado, su divorcio o separación legal, o un *hijo dependiente* deja de ser elegible, la *continuación* de la *cobertura* COBRA dura hasta por 36 meses.

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

Para 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 *patrocinador del plan* o *del grupo* 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 grupo

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 están incluidos en 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 (vitolarсен);
- 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 guía farmacoterapéutica, la autorización previa o los requisitos de terapia por pasos;
- y) medicamentos recetados y surtidos para el tratamiento del exceso de peso corporal y con el único propósito de mantener la reducción de peso, con una indicación de la FDA para la pérdida de peso o para su uso en cualquier programa de reducción de peso, adelgazamiento o control dietético, incluso si el Participante tiene una condición médica que podría mejorarse con una reducción del exceso de peso corporal o el mantenimiento de la reducción de peso e incluso aunque sean recetados por un Médico u Otro Proveedor. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a: Saxenda, Wegovy y Zepbound;
- z) cualquier servicio *experimental/de investigación*, tratamiento, medicamentos, productos biológicos, pruebas biomédicas, dispositivos médicos o suministros;
- aa) otros medicamentos con receta, administrados o utilizados de manera contraria a los criterios de necesidad médica establecidos en las políticas médicas y guías 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.

Cómo funciona su plan de recetas médicas a través de Express Scripts

Acerca de Express Scripts

Express Scripts administra la parte de medicamentos con receta de su beneficio TRS-Care.

Express Scripts le proporciona acceso a:

- **farmacias locales.** Una red de más de 60,000 farmacias locales participantes en todo Estados Unidos;
- **el servicio de entregas a domicilio de Express Scripts.** Para sus medicamentos a largo plazo, como los utilizados para tratar la presión arterial alta o el colesterol alto;
- **farmacias locales de la Red de Mantenimiento.** También puede recibir sus medicamentos de largo plazo en farmacias locales de la red de mantenimiento;
- **farmacéuticos de Express Scripts.** Los farmacéuticos de Express Scripts están capacitados y tienen experiencia en condiciones específicas. Los farmacéuticos están disponibles las 24 horas para consultas;
- **recursos en línea.** Visite express-scripts.com/trscarestandard para obtener información sobre sus beneficios de receta de TRS, junto con la búsqueda de farmacias en línea;
- **servicio al Cliente de TRS-Care.** Los representantes estarán disponibles para usted las 24 horas del día, los siete días de la semana al 855-778-1459.

Lista de medicamentos preferidos

El Plan estándar TRS-Care incluye un formulario, que es una lista de medicamentos que indica el estado preferido y no preferido. Cada medicamento incluido está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y también es revisado por un grupo independiente de médicos y farmacéuticos para su seguridad y eficacia. TRS-Care alienta el uso de los medicamentos preferidos en esta lista para ayudar a controlar el aumento de los costos de medicamentos con receta. Por lo general, pagará un monto menor de coseguro para los medicamentos genéricos (nivel 1) y los medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos (nivel 2).

Medicamentos preventivos

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 farmacia de Express Scripts. Consulte la tabla a continuación para ver la lista de [medicamentos preventivos](#) incluidos.

Para obtener más información específica sobre las opciones y limitaciones de la cobertura, comuníquese con el Servicio al Cliente de Express Scripts al (855) 778-1459.

Aproveche los medicamentos con receta sin costo para proteger su salud

Su seguro de gastos médicos de TRS-Care incluye cobertura completa de ciertos medicamentos genéricos clasificados como “medicamentos preventivos”. Los medicamentos preventivos como los que se indican a continuación tratan las condiciones crónicas (hipertensión, colesterol alto) con el objetivo de evitar que ocurra un evento adverso grave (ataque cardíaco, derrame cerebral). Si le recetan un medicamento de una de las clases que aparecen a continuación, es posible que su medicamento esté en la lista y que usted sea elegible para recibir el medicamento sin costo alguno. Asegúrese de consultar la lista de medicamentos clasificados como “preventivos” en express-scripts.com/trscarestandard para ver si su medicamento está en la lista y aprovechar al máximo este valioso beneficio. Esta lista está sujeta a cambios.

- hipertensión;
- diabetes;
- reducción del colesterol;

- osteoporosis;
- asma/EPOC.

Ahorre dinero en medicamentos con receta

Usted pagará:

- el costo compartido más bajo para medicamentos genéricos de nivel 1;
- una mayor participación en los costos para los medicamentos de marca preferidos de nivel 2;
- la participación en los costos más alta para medicamentos de marca no preferidos de nivel 3.

Su médico puede ayudarlo a ahorrar dinero recetándole medicamentos de nivel 1 y nivel 2, si corresponde.

Visite express-scripts.com/trscarestandard para consultar el precio y la cobertura de los medicamentos bajo su plan.

Simplemente seleccione “precio de un medicamento” en el menú de la izquierda y busque su medicamento para ver sus precios. Haga clic en “ver notas de cobertura” en la página de resultados de precios para ver los detalles de la cobertura. Si es la primera vez que visita express-scripts.com/trscarestandard, tómese un momento para registrarse. (Asegúrese de tener a la mano su número de ID de Express Scripts).

Medicamentos genéricos y biosimilares

Los genéricos y biosimilares aprobados por la FDA pueden tener nombres desconocidos, pero se consideran seguros y efectivos. Medicamentos genéricos y biosimilares y sus contrapartes de marca:

- contienen los mismos ingredientes activos;
- se fabrican conforme a las mismas regulaciones federales estrictas.

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la FDA exige que los ingredientes activos tengan la misma fortaleza, pureza y calidad que las alternativas de marca. Las recetas de medicamentos genéricos reducen su costo compartido bajo el programa de medicamentos con receta de TRS-Care. Para obtener más información sobre el formulario de su plan, visite express-scripts.com/trscarestandard o comuníquese con Express Scripts al 1-855-778-1459.

Educación y seguridad

Si alguna vez Express Scripts tiene alguna pregunta sobre posibles interacciones de medicamentos con su receta médica, un farmacéutico de Express Scripts se comunicará con su médico antes de surtir el medicamento. Si su médico decide cambiar la receta médica, Express Scripts les notificará tanto a usted como a su médico.

Las leyes estatales y federales limitan el período de validez de receta médica, independientemente del número de resurtidos restantes. Revise la fecha de caducidad que figura en la orden de resurtido antes de volver a surtir su medicamento.

Programa de farmacias locales

Las recetas y los resurtidos en una farmacia local se surten para un suministro de hasta 31 días. El monto que usted paga por cada compra o resurtido depende de si obtiene medicamentos genéricos o de marca y si utiliza una farmacia dentro de la red de farmacias locales.

La red de farmacias locales Express Scripts es una red nacional compuesta por más de 60,000 farmacias locales. La red incluye la mayoría de las cadenas más importantes, descuentos, comestibles y farmacias independientes. Para encontrar una farmacia local participante, visite express-scripts.com/trscarestandard y haga clic en “Buscar una farmacia nacional” o comuníquese con el Servicio al Cliente de TRS-Care al **1-855-778-1459**.

Cómo comprar con receta en farmacias locales

Cuando compre medicamentos en una farmacia local participante, simplemente presente su tarjeta de asegurado de medicamentos con receta y pague el monto del coseguro correspondiente. Las farmacias locales participantes de la red le cobrarán el monto más bajo del precio negociado con Express Scripts, o la tarifa habitual para un suministro de su receta médica de hasta 31 días.

Su servicio estándar de farmacia local es más conveniente cuando necesita un medicamento por un período corto. Por ejemplo, si necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las muchas farmacias que participan en el programa TRS-Care y obtener su medicamento el mismo día.

Farmacias locales de la Red de Mantenimiento

Las farmacias de la red de mantenimiento al por menor pueden surtir un suministro de medicamentos de 60 a 90 días. Para encontrar una farmacia local participante, visite [express-scripts.com/trscarestandard](https://www.express-scripts.com/trscarestandard) y haga clic en “Explore su plan para localizar una farmacia local de la red de mantenimiento” o comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Express Scripts al 1-855-778-1459.

En una farmacia no participante

Si utiliza una farmacia no participante o una farmacia de la red que no presenta el reclamo electrónico, debe presentar una reclamación directa ante Express Scripts utilizando el formulario de reclamo, [Formulario de reclamos \(express-scripts.com\)](https://www.express-scripts.com). 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 los Estados Unidos, envíe por correo una copia de su receta médica y los recibos de compra junto con el formulario de reclamación. La dirección postal está en el reverso del formulario.

Servicios de manejo de la diabetes

El Plan estándar TRS-Care cubre los gastos asociados con los equipos y suministros para la diabetes para personas diagnosticadas con diabetes dependientes de la insulina o no dependientes de la insulina; niveles elevados de glucosa en sangre debido al embarazo; u otra condición médica asociada con niveles elevados de glucosa en sangre.

Si tiene diabetes, puede ser elegible para obtener un medidor de glucosa en sangre preferido sin costo alguno. Su plan de beneficios con cobertura de recetas médicas está ofreciendo un programa de valor agregado a través del cual los medidores están disponibles sin costo para los participantes elegibles. Para obtener más detalles, comuníquese con el Equipo de Medidores de Diabetes de Servicio al Asegurado de Express Scripts® al 1- 855-778-1459.

Suministros para la diabetes

Algunos suministros para la diabetes (por ejemplo, lancetas, tiras de prueba y jeringas) están incluidos al 100%, incluso antes del deducible, si los servicios son prestados por un proveedor dentro de la red. Tenga en cuenta que este beneficio está disponible solo para recetas surtidas por 90 días a través de entrega a domicilio o 30/90 días en una farmacia local participante de la Red de Mantenimiento.

- tiras de prueba para monitores de glucosa en sangre;
- lancetas y aparatos para lancetas;
- jeringas y agujas de insulina.

Nota: Todos los suministros para diabéticos mencionados anteriormente, junto con los monitores de glucosa en sangre, tendrán cobertura bajo el programa de medicamentos con receta, administrado por Express Scripts.

Suministros para la diabetes	
Medidor de glucosa de marca preferida	\$0 de copago
suministro local para 31 días (a corto plazo)	<p>Lista de medicamentos (con cobertura): \$0 de copago para agujas y jeringas.</p> <p>Fuera del formulario: Se aplican el deducible y el coseguro</p>
Suministro para 90 días en Retail Maintenance Network o servicio de entrega a domicilio	<p>En la Lista de medicamentos: \$0 de copago para agujas, lancetas y jeringas independientemente de la marca. Para recibir tiras de prueba sin costo alguno, debe utilizar la marca preferida.</p> <p>Fuera del formulario: Se aplican el deducible y el coseguro</p>

Para que el Plan Estándar TRS-Care cubra el 100% de los suministros diabéticos, debe tener una receta de su médico.

La lista de medicamentos detalla los medicamentos con cobertura. Para determinar si la marca de suministros para diabéticos que está utilizando está en el formulario y es una marca preferida, puede llamar a Express Scripts al 1-855-778-1459 o visitar express-scripts.com/trscarestandard.

La Legislatura 87 de Texas aprobó el Proyecto de Ley Estatal (SB) 827, lo que hace que la insulina sea menos costosa para aquellos que están en el plan estándar TRS-Care. Las insulinas de la lista de medicamentos tendrán un tope de \$25 para un suministro de 31 días y un tope de \$75 para un suministro de 60 a 90 días. Usted no tendrá que cumplir primero con su deducible y no pagará el costo total de la insulina. Solo pagará un copago para la insulina incluida, que no se aplicará a su deducible, pero se aplicará a sus gastos máximos de bolsillo. Para obtener una lista de las insulinas incluidas en el formulario, visite express-scripts.com/trscarestandard y consulte el Formulario de Express Scripts. Si su insulina no tiene cobertura en el formulario, comuníquese con Atención al cliente de Express Scripts al 1-855-778-1459 y nuestros representantes lo ayudarán con un proceso de excepción del formulario.

Programa de entrega a domicilio de Express Scripts

El surtido de recetas por entrega a domicilio es una opción de precio módico para los participantes que toman medicamentos a largo plazo (como aquellos que se usan para tratar la presión arterial alta o el colesterol alto) regularmente. La farmacia Express Scripts proporciona hasta un suministro de medicamentos de 90 días, que se entrega directamente a su hogar u otra localidad solicitada, con franqueo pagado para entrega estándar. Las farmacias locales de la red de mantenimiento también pueden surtir hasta un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento al mismo costo que el servicio de entrega a domicilio.

Para obtener su receta médica a través de la farmacia Express Scripts, envíe su receta médica por correo y [el formulario de entrega a domicilio](#) a la dirección que figura en el formulario de pedido. Si hay un saldo adeudado, se incluirá una factura en el pedido de su receta médica. Si pagó en exceso, se acreditará a su cuenta.

O también puede pedirle a su médico que llame o envíe por fax su receta médica a la farmacia Express Scripts.

Número de teléfono de la persona que receta: 1-800-903-6224

Número de fax de la persona que receta: 1-800-327-0959

Generalmente, su medicamento se entregará dentro de los siete días posteriores a que Express Scripts Pharmacy reciba su pedido.

Para solicitar resurtidos, llame al sistema de resurtido automatizado al 1-855-778-1459 o visite express-scripts.com/trscarestandard. Los resurtidos suelen entregarse con mayor rapidez. Si es la primera vez que visita el sitio, tómese un momento para inscribirse y tenga a mano su número de asegurado y un número de receta médica reciente.

Para garantizar la entrega a tiempo, realice sus pedidos con al menos 2 semanas de anticipación a su necesidad prevista. Si tiene alguna pregunta sobre su pedido o si no recibe su medicamento dentro del plazo designado, comuníquese con Express Scripts al 1-855-778-1459.

Si le recetaron un nuevo medicamento para que lo tome inmediatamente, pídale a su médico que emita dos recetas. Uno debe estar escrito para un suministro de 14 días y llenarse en una farmacia local participante, y el segundo debe estar escrito para un suministro de hasta 90 días y enviarse a la farmacia Express Scripts.

Al utilizar la farmacia Express Scripts para surtir una receta médica por un suministro de menos de 90 días, aún se aplica el coseguro completo de la entrega a domicilio.

Puede pagar con cheque electrónico, cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Haga cheques y giros postales a nombre de Express Scripts y escriba su número de identificación de Express Scripts en el frente. Llame a Express Scripts al 1-855-778-1459 +si tiene preguntas.

Plan de pago parcial (PPP) Farmacia con entrega a domicilio Express Scripts

Puede dividir los pagos de su receta de suministro de 90 días en 3 pagos separados solo en la farmacia con entrega a domicilio Express Scripts. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al cliente de Express Scripts al 1-855-778-1459.

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

Para obtener más información sobre nuestros programas de gestión de cobertura, llame a Express Scripts al 1-855-778-1459.

Surtimiento de recetas según las instrucciones del médico

Si surte una receta médica para un medicamento de marca que tiene una versión genérica disponible, el farmacéutico puede sustituirla por la versión genérica, 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 medicamento necesaria” en la receta médica. Usted será responsable de la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, más su copago al elegir el medicamento de marca en lugar del genérico.

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-Care.

Terapia por pasos

En un programa de terapia por pasos, es posible que se le solicite probar un medicamento “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 medicamento 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 cobertura llamando a Express Scripts al 1-855-778-1459.

Autorización previa

Para algunos medicamentos, debe obtener la aprobación a través de un proceso de 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 (la información que no está disponible en su receta médica original) a fin de determinar si un medicamento determinado cumple con los requisitos para la cobertura en virtud de TRS-Care.

Administración de cantidades

Para promover un tratamiento farmacológico seguro y eficaz, es posible que algunos medicamentos incluidos tengan restricciones de cantidad. Estas restricciones de cantidad se basan en las guías aprobadas clínicamente o del fabricante y están sujetas a revisiones y cambios periódicos.

Por ejemplo, si usted o su dependiente asegurado está tomando un determinado medicamento para la migraña, no podrá recibir más de 54 tabletas dentro de un período de 90 días sin una revisión de cobertura de Express Scripts y su médico.

Si planea tomar unas vacaciones prolongadas o viajar fuera de los EE. UU., llame a Express Scripts al 1-855-778-1459 para solicitar la aprobación de un suministro adicional de medicamentos. Llame a Express Scripts para hacer su solicitud al menos cuatro semanas antes de su viaje.

Algunos medicamentos con receta están sujetos a límites de suministro que restringen la cantidad que se surte por receta médica o resurtido. Para determinar si a un medicamento con receta se le ha asignado un nivel máximo de cantidad o días de suministro para su surtimiento, visite [express-scripts.com/trscarestandard](https://www.express-scripts.com/trscarestandard) o llame a Express Scripts al 1-855-778-1459.

Proceso de revisión de la cobertura

Puede verificar si su medicamento requiere terapia por pasos, límites de cantidad o autorización previa (revisión de cobertura) llamando a Express Scripts al 1-855-778-1459.

Si su medicamento requiere una revisión de cobertura, usted o su médico pueden iniciar el proceso llamando a Express Scripts sin cargo al 1-855-778-1459.

En una farmacia local en la red de su plan:

- si está surtiendo una receta médica en una farmacia local y se requiere una revisión de la cobertura, Express Scripts le avisará automáticamente al farmacéutico, quien le dirá a usted que la receta médica debe ser revisada para obtener una autorización previa;
- usted o su médico pueden iniciar el proceso llamando a Express Scripts sin cargo al 1-855-778-1459;
- 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 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.

A través de Express Scripts Pharmacy:

- si está surtiendo una receta médica a través de farmacias de Express Scripts y se requiere una revisión de la cobertura, Express Scripts se comunicará con su médico para solicitar más información 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 la cobertura está autorizada, recibirá su medicamento. Si no se autoriza la cobertura, Express Scripts le enviará una notificación por correo, junto con su receta médica original si se envió por correo a la farmacia con entrega a domicilio Express Scripts.

Para comenzar a utilizar Accredo Specialty Pharmacy, llame al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de asegurado de medicamentos con receta o inicie sesión en su cuenta en [express-scripts.com/trscarestandard](https://www.express-scripts.com/trscarestandard). Si es la primera vez que visita Express Scripts, tómese un minuto para registrarse y tenga a mano su número de identificación. Si desea averiguar más sobre medicamentos y servicios especializados, visite [express-scripts.com/trscarestandard](https://www.express-scripts.com/trscarestandard).

Accredo, un programa de farmacia de medicamentos especializados Express Scripts

Los medicamentos especializados son medicamentos que se usan para tratar condiciones 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-Care. 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 tendrán cobertura en 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.

Ventajas fundamentales del uso de Accredo

Accredo le ofrece algo más que medicamentos especializados. Puede contar con servicios personalizados de farmacia de medicamentos especializados, como:

- acceso a farmacéuticos y enfermeras especializados con amplia experiencia en su condición de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- 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;
- asistencia para encontrar ayuda financiera para pagar sus medicamentos.

¿Tiene preguntas?

Llámenos al 1-800-596-7701 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., Hora Centro.

Algunos medicamentos especiales pueden ser elegibles para programas de asistencia de copagos de terceros que pueden reducir los costos de bolsillo imprevistos de dichos productos.

En el caso de medicamentos de especialidad en los que se utilice la asistencia de copagos de terceros, usted no recibirá crédito por el gasto máximo de bolsillo o deducible de cualquier copago o coseguro que se aplique a un cupón o reembolso del fabricante.

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 es parte de la lista de medicamentos de SaveOnSP, su copago de bolsillo será de \$0, después de satisfacer su deducible, si está inscrito en el programa de especialidades 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 20% de coseguro, después del deducible, de los medicamentos especializados que sean elegibles para el programa SaveOnSP.

Si decide no participar del programa, debe llamar al 800-683-1074 de lunes a martes de 7:00 a. m. a 10:00 p. m. y viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.

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 máxima personal de bolsillo (MOOP) del asegurado, a menos que la ley exija lo contrario.

Coordinación de Beneficios (COB, en inglés)

TRS-Care/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 por papel. Con este programa, puede enviar un reclamo en papel a Express Scripts junto con un [formulario de reclamo \(express-scripts.com\)](http://formulario.de.reclamo.express-scripts.com) del pagador principal o un recibo por los gastos de bolsillo. Luego, Express Scripts le reembolsa el monto que TRS-Care 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-Care 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-Care. Las reclamaciones se pagan o deniegan 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 del formulario 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/trscarestandard, seleccione "Explorar planes", elija su plan correspondiente y abra "Exclusiones de la lista de medicamentos preferidos de TRS del 2025" para ver la lista.

Si la no cobertura de algún gasto es contraria a una ley por la que se rige el plan, la disposición se cambia automáticamente para cumplir con el requisito mínimo de la ley. No se realizará ningún pago bajo ninguna parte del plan para las siguientes categorías de exclusión de beneficios:

- un medicamento adquirido sin receta médica; comúnmente se los llama medicamentos de venta libre (OTC) (comuníquese con Express Scripts para obtener una lista de excepciones);

- 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; algunas vacunas están 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.

Negación de reclamaciones y apelaciones

Con TRS-Care, tiene la opción de apelar determinaciones adversas de cobertura.

Revisión inicial

Reclamaciones no urgentes (antes y después del servicio)

Si envía una receta médica de un medicamento sujeto a alguna limitación (como una autorización previa, una terapia por pasos con medicamentos preferidos o límites de cantidad), su farmacéutico le informará que se requiere una aprobación antes de que se pueda surtir la receta médica. El farmacéutico le dará a usted o a su médico un número gratuito para llamar. Si utiliza la farmacia Express Scripts, nos comunicaremos directamente con su médico. Express Scripts necesitará la siguiente información:

- el nombre del paciente;
- número de identificación de Express Scripts;
- el número de teléfono;
- el medicamento con receta por el cual se ha denegado la cobertura de los beneficios;
- el código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que está relacionada la receta médica (y la explicación correspondiente para esos códigos);
- cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación.

Se le notificará la decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de una reclamación previa al servicio, que no sea una reclamación de atención médica inmediata/urgente, si Express Scripts tiene información suficiente para decidir sobre su reclamación. En el caso de reclamaciones posteriores al servicio, se le notificará la decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la reclamación posterior al servicio, si se ha proporcionado toda la documentación con la reclamación. Si recibe una determinación adversa sobre su reclamación, se le proporcionará una declaración por escrito en la que se explique la negación, con instrucciones sobre cómo apelar esa decisión.

Si Express Scripts no cuenta con la información necesaria para completar la revisión, lo notificarán para solicitarle la información faltante dentro de los 15 días a partir de la recepción de su reclamación por servicio previo y 30 días a partir de la recepción de su reclamación por servicio posterior. Tendrá 45 días para proporcionar la información.

Si toda la información necesaria se recibe dentro del plazo de 45 días, se le notificará la decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información o al final de ese período adicional. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su reclamación se considerará denegada y tendrá derecho a apelar, tal como se describe a continuación.

Reclamaciones urgentes (revisiones urgentes)

Una reclamación de atención médica inmediata/urgente se define como una solicitud de tratamiento relacionada con los períodos de tiempo en los que se toman determinaciones de atención médica no inmediata/urgente y que podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima o, en opinión de un médico con conocimiento de su condición médica, lo sometería a un dolor severo que no se puede controlar adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto de su reclamación.

En el caso de una reclamación de atención médica inmediata/urgente, Express Scripts le notificará su decisión lo antes posible, a más tardar, 72 horas después de la recepción de la reclamación, a menos que no haya información suficiente para revisarlo. Si se necesita más información, Express Scripts lo notificará dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su reclamación y le informará que tiene 48 horas para enviar la información adicional. La información adicional debe presentarse en un plazo de 48 horas de la solicitud. Express Scripts le avisará de su decisión en un plazo de 48 horas luego de recibir la información. Si la información faltante no se recibe dentro de esas 48 horas, la reclamación se considera denegada y usted tiene derecho a apelar.

Apelación de determinación adversa de beneficios

Apelación no urgente

Si no está satisfecho con la decisión con respecto a su cobertura de beneficios o si recibe una determinación adversa de beneficios después de una solicitud de cobertura de una reclamación de beneficio de medicamentos con receta (incluida una reclamación que se considere denegada 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 de identificación de Express Scripts;
- el número de teléfono;
- el medicamento con receta por el cual se ha denegado 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 debe enviarse por correo a:

Esta información se debe enviar por correo a:

Express Scripts

Attn: Administrative Appeals Department

PO Box 66587

St. Louis, MO 63166-6587

Número de fax: (877) 328-9660

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

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

Si se deniega 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 la notificación de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Apelación urgente (revisión urgente)

Tiene derecho a solicitar una apelación acelerada para una determinación adversa de beneficios (incluida una reclamación considerada denegada porque la información faltante no se envió oportunamente) si su

situación es urgente. Una situación urgente es aquella en la que el período para las determinaciones de atención médica que no es inmediata/urgente podría perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo, o, según la opinión de un médico con conocimiento de su condición médica, podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es motivo de su apelación. Las solicitudes de apelación acelerada pueden ser verbales o escritas.

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

Express Scripts

Attn: Administrative Appeals Department

PO Box 66587

St. Louis, MO 63166-6587

Número de fax: (877) 328-9660

En el caso de una apelación acelerada 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 acelerada 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 la notificación de determinación adversa de beneficios, y también se describen a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Revisión externa independiente

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

Revisión externa de apelaciones

Por lo general, para ser elegible para una revisión externa independiente, tiene que agotar el proceso interno de revisión de reclamaciones descrito anteriormente, a menos que su reclamación y sus apelaciones no se hayan revisado de acuerdo con todos los requisitos legales relacionados con reclamaciones de beneficios de farmacia y apelaciones, o que se trate de una apelación acelerada. En el caso de una apelación acelerada, puede enviar su apelación a Express Scripts, a la vez que solicita una revisión externa independiente, o bien puede enviar su apelación acelerada para la revisión externa independiente después de completar el proceso interno de apelación.

Para presentar una revisión externa independiente, Express Scripts debe recibirla dentro de los 4 meses a partir de la fecha de la determinación adversa de beneficios (si la fecha que es de 4 meses a partir de esa fecha es sábado, domingo o día festivo, la fecha límite es el siguiente día laborable) en la siguiente dirección:

MCMC LLC

Attn: Express Scripts Appeal Program

300 Crown Colony Drive, Suite 203

Quincy, MA 02169-0929

Número de fax: (617) 375-7683

Revisión externa no urgente

Una vez que haya enviado su solicitud de revisión externa, Express Scripts analizará su reclamación en un plazo de 5 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 una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés), recopilará la información de su apelación y la enviará al IRO en un plazo de cinco días laborables. El IRO le notificará por escrito que recibieron la solicitud de revisión externa. La carta describirá su derecho a enviar información adicional para su consideración al IRO. Cualquier información adicional que envíe al IRO también se enviará a Express Scripts para su reconsideración.

El IRO revisará su reclamación dentro de los siguientes 45 días calendario y le enviará a usted y a Express Scripts un aviso de la decisión por escrito. Si no está satisfecho o no está de acuerdo con la decisión, su carta de determinación contendrá la información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor del seguro médico o de un defensor del consumidor.

Centros de recursos terapéuticos

Obtenga la tranquilidad de la experiencia. Hable con un farmacéutico.

Si necesita un medicamento para tratar ciertas condiciones a largo plazo, aproveche el cuidado personalizado y la experiencia en medicamentos de un farmacéutico especialista de Express Scripts. Estos farmacéuticos han recibido capacitación especializada sobre los medicamentos utilizados para tratar diversas condiciones, entre las que se incluyen:

- colesterol alto;
- asma;
- presión arterial alta;
- osteoporosis;
- depresión;
- cáncer;
- diabetes;
- dolores de cabeza tipo migraña.

Este nivel mejorado de atención es sin costo para usted y ya es parte de sus beneficios de medicamentos con receta.

- los farmacéuticos especialistas de Express Scripts Specialty Pharmacy están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana, para ayudarlo a entender y administrar los medicamentos utilizados para tratar condiciones tales como las listadas anteriormente;
- estos farmacéuticos pueden ayudar a identificar posibles riesgos para la salud, como efectos secundarios e interacciones inseguras con los medicamentos;
- también conocen su plan, de modo que puedan hablar con usted o con su médico acerca de alternativas de menor costo, como medicamentos genéricos y de marca preferidos;
- las conversaciones con los farmacéuticos de Express Scripts son privadas, lo que significa que puede sentirse cómodo al hacer preguntas incluso personales y delicadas sobre sus medicamentos;
- es posible que un farmacéutico de Express Scripts incluso lo llame a usted o a su médico para asegurarse de que sus medicamentos funcionarán juntos de manera segura.

Cobertura para medicamentos con receta del plan estándar TRS-Care

Dentro de la red

Genérico de Nivel 1	20% después del deducible
Medicamento de Marca Preferido de Nivel 2	20% después del deducible*
Medicamento de Marca No Preferido de Nivel 3	20% después del deducible*

Bajo el Plan estándar TRS-Care, antes de que los beneficios comiencen a pagar, usted debe cumplir con el deducible del plan. El deducible de su plan incluye tanto sus gastos médicos como los de medicamentos con receta. Deducible dentro de la red: \$1,650 en cobertura para jubilación solamente; \$3,300 en cobertura para la familia.

* Si adquiere un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, es responsable de la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el genérico, además del coseguro para genéricos. Esta diferencia de costo no se aplicará a sus acumulaciones (deducible o máximo de bolsillo).

Herramientas y recursos en línea de Express Scripts

Su sitio web al asegurado de Express Scripts está disponible en express-scripts.com/trscarestandard

Ofrece los siguientes servicios:

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

Desde este sitio, puede consultar los costos de los medicamentos para su plan estándar TRS-Care, acceder a la lista de medicamentos preventivos genéricos únicamente de TRS de 2024 para el plan estándar TRS-Care y ver si una farmacia está en la red de farmacias 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.

