



# Manual de beneficios

El Plan TRS-Care Standard para participantes  
Menores de 65 años sin Medicare

Vigente desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<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 Servicio al Cliente.....</i>	6
<i>Sitio web de BCBSTX.....</i>	6
<b>PROGRAMA DE COBERTURA .....</b>	<b>7</b>
<i>Plan TRS-Care Standard.....</i>	7
<b>QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS .....</b>	<b>18</b>
<i>Elegibilidad e inscripción.....</i>	18
<i>¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?.....</i>	18
<i>Ambos cónyuges son jubilados pensionados de TRS:.....</i>	20
<i>Cómo inscribirse.....</i>	20
<i>¿Cuándo es efectiva mi cobertura?.....</i>	21
<i>Eventos especiales de inscripción.....</i>	22
<b>CÓMO FUNCIONA EL PLAN .....</b>	<b>27</b>
<i>Cantidad permitido.....</i>	27
<i>Administración de casos clínicos.....</i>	27
<i>Libertad de elección.....</i>	27
<i>Necesidad médica.....</i>	29
<i>ParPlan.....</i>	29
<i>Disposición de condiciones de salud preexistentes.....</i>	29
<i>Proveedores de atención médica especializada.....</i>	29
<i>Uso de proveedores sin contrato.....</i>	29
<b>DETERMINACIÓN DE LA UTILIZACIÓN .....</b>	<b>30</b>
<i>Determinación de la utilización.....</i>	30
<i>Opción de revisión clínica recomendada.....</i>	30
<i>Revisión de la duración de la hospitalización/el servicio.....</i>	33
<i>Revisión de la necesidad médica posterior al servicio.....</i>	34
<i>No se ha obtenido una revisión clínica recomendada.....</i>	35
<b>PROCEDIMIENTOS PARA APELAR DECISIONES Y PRESENTAR RECLAMACIONES .....</b>	<b>36</b>
<i>Procedimientos para presentación de reclamaciones.....</i>	36
<i>Se requiere presentar reclamaciones.....</i>	36
<i>Quién presenta una reclamación.....</i>	36
<i>Dónde enviar los formularios de reclamación completos.....</i>	36
<i>Quién recibe el pago.....</i>	37
<i>Cuándo presentar una reclamación.....</i>	37
<i>Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX.....</i>	37
<i>Revisión de determinaciones de reclamación.....</i>	37
<i>Determinaciones de reclamación.....</i>	37
<i>Procedimientos para apelar decisiones/revisar reclamaciones.....</i>	41
<i>Criterios de revisión externa.....</i>	44
<i>Revisión externa estándar.....</i>	45
<i>Revisión externa inmediata.....</i>	47
<i>Agotamiento.....</i>	48
<i>Interpretación de las disposiciones del plan del patrocinador.....</i>	48
<b>GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS.....</b>	<b>49</b>
<i>Gastos elegibles.....</i>	49
<i>Copagos.....</i>	49
<i>Deducibles.....</i>	50
<i>Gasto máximo de bolsillo.....</i>	50
<i>Cambios en los beneficios.....</i>	50

<b>SERVICIOS MÉDICOS CON COBERTURA.....</b>	<b>51</b>
<i>Gastos de hospitalización.....</i>	51
<i>Gastos médico-quirúrgicos.....</i>	51
<i>Gastos de atención médica a largo plazo.....</i>	53
<i>Gastos de disposiciones especiales.....</i>	54
<b>LIMITACIONES MÉDICAS Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DEL PLAN .....</b>	<b>72</b>
<b>DEFINICIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>DISPOSICIONES GENERALES .....</b>	<b>94</b>
<i>Agente de seguros.....</i>	94
<i>Enmiendas.....</i>	94
<i>El interés de propiedad del administrador de reclamaciones.....</i>	94
<i>Anti-asignación y pago de beneficios.....</i>	94
<i>Cancelación.....</i>	94
<i>Responsabilidad de reclamaciones.....</i>	94
<i>Coordinación de beneficios.....</i>	95
<i>Autorización de divulgación.....</i>	98
<i>Género.....</i>	98
<i>Protección contra robo de identidad.....</i>	98
<i>Medicare.....</i>	98
<i>Relación con el participante/proveedor.....</i>	99
<i>Pago en exceso.....</i>	99
<i>Rescisión.....</i>	99
<i>Subrogación.....</i>	100
<i>Terminación la cobertura.....</i>	100
<i>La cobertura de continuación conforme a COBRA.....</i>	101
<b>ENMIENDAS.....</b>	<b>104</b>
<i>Enmiendas en la Ley de No Sorpresas.....</i>	105
<b>AVISOS.....</b>	<b>110</b>
<i>Otros acuerdos financieros independientes de los Planes.....</i>	111
<i>Blue Cross and Blue Shield con proveedores.....</i>	111
<i>Aviso sobre pagos que no aplican.....</i>	114
<i>Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.....</i>	115
<i>LOS DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A COBRA.....</i>	117
<b>LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL.....</b>	<b>120</b>
<b>CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE RECETAS MÉDICAS A TRAVÉS DE EXPRESS SCRIPTS.....</b>	<b>121</b>
<i>Acerca de Express Scripts.....</i>	122
<i>Lista de medicamentos preferidos.....</i>	122
<i>Medicamentos preventivos.....</i>	122
<i>Ahorre dinero en medicamentos recetados.....</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 recetados.....</i>	130
<i>Herramientas y recursos en línea de Express Scripts.....</i>	135

# INTRODUCCIÓN

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

Se incluye información detallada acerca su plan TRS-Care Standard, 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 importante que lea detenidamente el manual de beneficios para que conozca los beneficios y los requisitos de su plan de salud.

En este manual de beneficios, los términos definidos aparecen en letra cursiva y en la disposición correspondiente del 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 cursiva pueden ser títulos de una sección que describen 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 del plan administrada por Blue Cross and Blue Shield de Texas. El plan TRS-Care Standard es un plan de salud con un deducible alto (HDHP, en inglés) conforme a nivel federal. 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, unión de crédito u otra institución financiera;
- el plan TRS-Care Standard incluye un deducible, coseguro y un gasto máximo de bolsillo. No hay copagos. Una vez que alcanza el deducible, el plan paga un porcentaje de sus gastos cubiertos y usted paga un porcentaje de los servicios; esto se conoce como coseguro;
- antes de que su cobertura empiece a pagar, debe cumplir con el deducible anual. Si solo tiene cobertura 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 se puede cumplir por una persona o una combinación de miembros de la familia. El deducible se aplica a todos los gastos cubiertos, A menos que la atención médica preventiva dentro de la red (que incluyen ciertos medicamentos genéricos preventivos con receta);
- el plan TRS-Care Standard 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 también aplicara al gasto máximo de bolsillo dentro de la red. Solo los gastos fuera de la red se aplicarán para cubrir el deducible fuera de la red y también se aplicara al gasto máximo de bolsillo fuera de la red;
- el plan TRS-Care Standard tiene un límite máximo de gasto de bolsillo para protegerlo. El monto máximo de gasto de bolsillo es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos y medicamentos recetados dentro de un año calendario;

En ausencia de cualquier beneficio que no esté específicamente listado en este manual de beneficios, el plan TRS-Care Standard utiliza una forma predeterminada en las guías y políticas de procesamiento de reclamos BCBSTX.

- con un HDHP como el plan TRS-Care Standard, 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 <https://espanol.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 recetados están disponibles sin costo alguno para usted;
- c. recibiendo atención en el lugar adecuado para la situación adecuada. 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 TRS-Care Standard 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 recetados;
- este manual dirige los beneficios médicos y de medicamentos recetados del plan TRS-Care Standard 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 cubre todos los gastos médicos o de medicamentos 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 manual de beneficios 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](http://www.bcbstx.com/trscarestandard) o llame a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Si utiliza un *proveedor 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 permitida” puede ser significativamente menor que la factura del proveedor cuando se utiliza un *proveedor 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 ( que no tienen Medicare). Esta información se puede reportar llamando a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Visite [www.bcbstx.com/trscarestandard](http://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 manual de beneficios 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 es elegible para la Parte A de Medicare (hospitalización) sin prima, regístrese a través de la Administración del Seguro Social. Puede obtener una solicitud en línea en [www.ssa.gov/medicare](http://www.ssa.gov/medicare), visite la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778);
- compre la Parte B de Medicare a través de la Administración del Seguro Social tan pronto como la inscripción esté disponible para usted. Debe comprar y mantenerla Parte B de Medicare para

ser elegible para TRS-Care. La Administración del Seguro Social puede confirmar su prima de la 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 documentos adentro. Si va a agregar dependientes, complete y envíe la solicitud de TRS-Care antes de que pasen 31 días a partir del final del mes en el que se jubile o cumpla 65 años.

Si es elegible 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 antes de que pasen 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 (normalmente a los 65 años o después de calificar para los beneficios por discapacidad para el Seguro Social), para la Parte B de Medicare, debe comprarla.** TRS le solicita encarecidamente inscribirse en Medicare tan pronto como sea elegible. Si no se inscribe lo suficientemente temprano para 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 en el que cumple 65 años, pero debe presentar una solicitud de inscripción en el programa TRS-Care antes de que pasen 31 días a partir del final del mes en el que cumplió 65 años.

Debe proporcionar su información de Medicare a TRS (para que se pueda enviar a BCBSTX) antes del primer día del mes de su cumpleaños. Si no le proporciona su información de Medicare a TRS, es posible que termine 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, 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 en el que cumple 65 años para invitarlos a comunicarse con nosotros y obtener un paquete de inscripción (TRS 700EO). Los jubilados de TRS-Care, incluyendo los que están actualmente inscritos en TRS-Care, podrán agregar a sus dependientes elegibles en la cobertura de TRS-Care cuando el jubilado cumpla 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](#), debe 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 consiste de *médicos, proveedores de atención médica especializada, hospitales* y otros centros de salud para atender a los *participantes* en 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](http://www.bcbstx.com/trscarestandard) para realizar su selección. Ocasionalmente, el listado puede cambiar, por lo que debe 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](http://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 *cantidad permitido* según lo determine BCBSTX;
- otros montos de pago determinados por contrato.

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

### **Beneficios fuera de la red**

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

Si elige un *proveedor 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 *cantidad permitido* según lo determine BCBSTX;
- coseguro, copagos y deducibles; y
- servicios limitados o sin cobertura.

### **Información de contacto importante**

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

### **Línea de Servicio al Cliente**

*Las 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 médico;
- registrar comentarios sobre proveedores.

### **Sitio web de BCBSTX**

Visite el sitio web de BCBSTX, [www.bcbstx.com/trscarestandard](http://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 TRS-Care Standard

La siguiente tabla resume la cobertura disponible bajo su **Plan TRS-Care Standard**. 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 de *cantidad permitido* y se aplicarán para cada ocurrencia, a menos que se indique lo contrario. Los *copagos*, *deducibles* y *gastos máximos de bolsillo* se pueden ajustar por varios motivos, según lo permita la ley vigente.

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Deducibles por año calendario</b>		
Por persona	\$1,700	\$3,400
Por familia	\$3,400	\$6,800
<b>Gastos máximos de bolsillo por año calendario</b>		
Por persona	\$5,650	\$11,300
Por familia	\$11,300	\$22,600
<b>Servicios profesionales</b>		
Proveedor de atención médica primaria (PCP): consulta en consultorio o 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”): consulta en consultorio o a domicilio		
<b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>		
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 permitida de \$500 por día*
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>		
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>
<b>Servicios de terapia de infusión para pacientes ambulatorios</b>		
Terapia de infusión: hospital	\$500 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>	\$1,000 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>
Terapia de infusión: hogar, consultorio, <i>sala de infusiones</i>	\$30 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>	\$250 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i>

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

## PROGRAMA DE COBERTURA

### Plan TRS-Care Standard

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios de laboratorio y de radiografía para pacientes ambulatorios</b>		
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>
<b>Servicios de rehabilitación*</b>		
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>
<b>Atención de maternidad y servicios de planificación familiar</b>		
<b>Atención de maternidad</b> Prenatal Posnatal <b>Servicios para pacientes hospitalizados**</b> , por cada ingreso	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Servicios de planificación familiar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de asesoramiento de diagnóstico, consultas y planificación;</li> <li>• inserción o extracción de dispositivo intrauterino (DIU), incluido el costo del dispositivo;</li> <li>• ajuste de diafragma o capuchón cervical, incluido el costo del dispositivo;</li> <li>• inserción o extracción de un dispositivo anticonceptivo subdérmico, incluido el costo del dispositivo;</li> <li>• medicamentos anticonceptivos inyectables, incluido el costo del medicamento;</li> <li>• esterilización voluntaria;</li> <li>• vasectomía.</li> </ul>	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 <b>Servicios de atención médica preventiva</b> .	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 permitida se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

## PROGRAMA DE COBERTURA

### Plan TRS-Care Standard

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

**PROGRAMA DE COBERTURA**  
*Plan TRS-Care Standard*

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios de atención médica a largo plazo</b>		
<b>Servicios del centro de enfermería especializada</b> , 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> *
<b>Cuidados de hospicio en el hogar</b> , por consulta	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> , a menos que la cobertura indique lo contrario según en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i> .	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> *
<b>Atención médica en el hogar</b> , 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>
<b>Enfermería de servicio privado</b> , 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 si la cantidad permitida se aplica al *deducible* o al *gasto máximo de bolsillo*.

## PROGRAMA DE COBERTURA

### Plan TRS-Care Standard

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios de prevención</b>		
Exámenes preventivos para menores 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"> <li>• vacunas de la infancia requeridas por ley para los <i>participantes</i> hasta los 6 años;</li> <li>• 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.</li> </ul>	El plan paga el 100%  El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>  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> 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> 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> de 35 años de edad o más y para <i>participantes</i> con otros factores de riesgo, una vez por <i>año calendario</i> . <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro para pacientes ambulatorios o centros de diagnóstico por imágenes.</li> </ul>	El plan paga el 100%  El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>  40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Servicios y suministros anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• educación sobre anticonceptivos;</li> <li>• asesoramiento;</li> <li>• ciertos métodos anticonceptivos aprobados por la FDA;</li> <li>• dispositivos y procedimientos de esterilización.</li> </ul>	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"> <li>• asesoramiento sobre lactancia, limitado a seis (6) consultas por <i>año calendario</i>;</li> <li>• los extractores de leche eléctricos tienen un límite de uno (1) cada 36 meses</li> </ul> <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 TRS-Care Standard*

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios de prevención (continuación)</b>		
Pruebas rectales para la detección del cáncer colorrectal para <i>participantes</i> de 45 años o más: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prueba anual de sangre oculta en heces, una vez por <i>año calendario</i>;</li> <li>• sigmoidoscopia flexible con prueba de sangre oculta en heces, limitada a 1 vez cada 5 años;</li> <li>• colonoscopia, limitada a 1 cada 10 años;</li> <li>• Cologuard, limitado a 1 cada 3 años.</li> </ul>	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
	El plan paga el 100%	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
Exámenes de rutina de la vista cubiertos 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 comprados 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"> <li>• tomografía computarizada (CT, en inglés);</li> <li>• ultrasonografía.</li> </ul>	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>
<b>Procedimientos quirúrgicos dentales</b>		
<b>Procedimientos quirúrgicos dentales</b> (servicios con cobertura limitados)	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética</b>		
<b>Cirugía plástica, reconstructiva o cosmética</b> (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 TRS-Care Standard

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Cuidado de las alergias</b>		
<b>Exámenes y evaluación</b>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Inyecciones</b>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Suero</b>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Atención de la diabetes</b>		
<b>Capacitación para el manejo personal de la diabetes</b> , por cada consulta	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Equipos para la diabetes</b> (suministros para la diabetes cubiertos en el plan farmacéutico)		
<b>Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos</b>		
<b>Aparatos prostéticos y aparatos ortóticos</b> \$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>
<b>Equipo médico duradero</b>		
<b>Equipo médico duradero</b>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	40% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Aparatos auditivos</b>		
<b>Audífonos e implantes cocleares</b> 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>
<b>Servicios para el habla</b>		
<b>Servicios para el habla</b> , 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 TRS-Care Standard*

	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios de telesalud a través de TRS Virtual Health</b>		
<b>Médicos* –</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teladoc</b></li> </ul>	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"> <li>• <b>RediMD</b></li> </ul>	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
<b>Salud mental: Teladoc</b> (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"> <li>• psiquiatra (consulta inicial) \$185.00;</li> <li>• psiquiatra (consultas en curso) \$95.00;</li> <li>• psicólogo, trabajador social clínico profesional \$85.00.</li> </ul>	No aplicable

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

- Los miembros de la familia sin cobertura para servicios 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 TRS-Care Standard

	Centro+ designado de Blue Distinction®	Centro designado de Blue Distinction®	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Centros Blue Distinction®</b>				
<b>Cirugía bariátrica*</b>	20% de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
<b>Trasplantes</b>	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 <sup>†</sup> y ambulatorios

\* La cirugía bariátrica solo tendrá cobertura en centros específicos del center+ Blue Distinction® (BDC+). Consulte la lista completa en la sección **centro+ Blue Distinction® 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 cubiertos cuando se proporcionan en un centro BDC+.

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

## Centros de Designated Blue Distinction® para Cirugía Bariátrica

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

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

## **PROGRAMA DE COBERTURA**

### ***Plan TRS-Care Standard***

#### **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 de maternidad.

#### **Condiciones de salud preexistentes**

Los condiciones de salud preexistentes tienen cobertura inmediatamente.

# QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS

## Elegibilidad e inscripción

Esta sección ofrece un resumen 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 equivalentemente comprado. 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 si tuvo una reducción en la jubilación para los primeros años (los años de crédito de servicio pueden incluir servicios comprados);
- tiene 30 o más años de crédito de servicio en la pensión de TRS (incluido el servicio comprado).

**Nota:** El crédito de servicio combinado bajo el 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*

Las personas son elegibles para participar en TRS-Care cuando se vuelven en jubilados por discapacidad bajo la pensión de TRS. Una vez inscrito en TRS-Care como jubilado por discapacidad, la participación continúa si la persona es un jubilado por discapacidad bajo el fondo de pensiones TRS. Si solicita una cobertura médica por discapacidad, es posible que se comuniquen con usted para validar su estado de discapacidad con respecto a el Seguro 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 dicho jubilado por discapacidad terminará cuando las prestaciones de jubilación por discapacidad bajo el fondo de pensiones de TRS termine. 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 por ley común (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 menor 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 médica cualificada de manutención serán elegibles en la fecha de la decisión judicial si se presenta una solicitud por escrito dentro de los 31 días posteriores al evento legal. La cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a partir de la fecha de la orden judicial. 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 médica cualificada de manutención, debe presentar 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 mientras se realice el pago mensual y el dependiente siga siendo elegible. Las contribuciones mensuales están sujetas a cambios.

### **Algunos 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 médico para un hijo completamente discapacitado no terminarán porque el hijo alcance la edad máxima para un hijo dependiente, si el hijo continúa discapacitado, dependiente de usted para la manutención y soltero.

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

Los hijos serán considerados incapacitados si no pueden ganarse la vida por su cuenta porque tienen discapacidad mental o física, y dependen de usted para recibir apoyo y manutención.

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 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 de la fecha en que su hijo cumpla los 26 años.

#### ***La cobertura se suspende cuando ocurre 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 dependientes para el hijo por cualquier motivo que no sea cumplir 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 es elegible para TRS-Care individualmente, cada uno se puede inscribir por separado en TRS-Care como individuos, lo que puede ser económicamente ventajoso. Llame al **1-888-237-6762** si desea obtener más información.

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

## **Cómo inscribirse**

Después de enviar su solicitud de jubilación (formulario TRS 30) a TRS y 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 tomar ninguna medida. Solo necesita enviar una solicitud 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 el último de:

- el período que comienza en la fecha efectiva de su jubilación y expira al final del último día del mes, es decir, tres meses consecutivos del calendario, pero en ningún caso menos de 90 días, después de su 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, es decir, tres meses consecutivos del calendario, pero en ningún caso menos de 90 días, después del 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 antes de que pasen 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, es decir, tres meses consecutivos del calendario, pero en ningún caso menos de 90 días, después de 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, es decir, tres meses consecutivos del calendario, pero en ningún caso menos de 90 días, después del fallecimiento del jubilado.

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, es decir, tres meses consecutivos del calendario, pero en ningún caso menos de 90 días, después del fallecimiento del jubilado.

## 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 la fecha efectiva de jubilación, si TRS recibe su solicitud de inscripción inicial de TRS-Care (Formulario TRS 700A o 700M) en o antes de su fecha efectiva de jubilación; o (2) el primer día del mes siguiente al recibir la solicitud de cobertura por parte de TRS-Care, si su formulario se recibe 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 hacer cambios en sus decisiones de cobertura. La fecha efectiva de la cobertura para cualquier nueva elección es el primer día del mes después de que TRS reciba la nueva solicitud 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 siguientes de 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 estaba casado con un jubilado en el momento del fallecimiento del jubilado; y ese jubilado era elegible para, o hubiera sido elegible para, la cobertura bajo este programa.

El cónyuge sobreviviente debe elegir la cobertura para que los hijos dependientes estén cubiertos. 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 que falleció el 1 de septiembre de 1986 o después, si el asegurado activo fallecido tenía 10 años de crédito de servicio en el sistema de jubilación por servicio real en escuelas públicas de Texas y había hecho contribuciones a TRS-Care en el último lugar de empleo en la educación pública de este estado. La cobertura del cónyuge e hijos dependientes sobrevivientes continuará mientras se haga 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. Una solicitud para hacer cambios (TRS700C o TRS700D) deben enviarse a TRS-Care antes de que pasen 31 días después del fallecimiento del jubilado, asegurado activo o cónyuge sobreviviente, o 31 días después de la fecha en que TRS-Care envíe la solicitud para hacer cambios.

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

## **Eventos especiales de inscripción**

Los eventos especiales de inscripción son oportunidades para inscribirse en TRS-Care fuera de su período de inscripción inicial. Usted puede ser elegible para TRS-Care bajo las disposiciones de especiales de inscripción 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 sin culpa suya pierde la cobertura médica integral con otro plan de salud, es posible que pueda inscribirse en TRS-Care bajo un evento de especial de inscripción. Sin embargo, de lo contrario, debe ser elegible para TRS-Care y debe poder 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 no está inscrito en TRS-Care en el momento en que suceda una pérdida involuntaria de la cobertura integral y sin que sea culpa suya, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro de los 31 días después de la pérdida de cobertura bajo el otro plan de salud integral.

Si pierde la cobertura con otro plan, será importante conservar su carta de aviso de terminación para 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 sin que sea culpa suya pierden la cobertura médica integral con otro plan de salud, puede inscribir a sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro de los 31 días después de la pérdida involuntaria del otro plan de salud 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 médico integral de su cónyuge;
- un dependiente ya no se considera “incluido” en un seguro médico 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 médico integral de su empleador, o el empleo de su cónyuge termina junto con su cobertura del seguro médico integral del empleador de su cónyuge;
- su empleador reduce sus horas de trabajo al punto en el que ya no tiene cobertura del seguro médico integral;
- su plan decide que ya no ofrecerá una cobertura médica integral a un determinado grupo de personas (por ejemplo, los 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 los programas de cobertura grupal de seguro médico (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 califican para un evento especial de inscripción:**

- cancelo otra cobertura porque las primas aumentaron;
- termina la cobertura por no pagar sus primas;
- termina la cobertura por causa justificada (como hacer una reclamación fraudulenta o una declaración falsa intencional de un hecho relevante en relación con la cobertura).

***Nuevos dependientes***

Un jubilado o cónyuge sobreviviente (inscrito o elegible 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 no está actualmente inscrito 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 por ley común 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 que cumpla los 65 años, 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 antes de que pasen 31 días antes 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 antes del 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 sea elegible para Medicare, debe comprar y mantener la cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura Parte B de Medicare, para poderse inscribir en TRS-Care Medicare Advantage® y en el plan de medicamentos recetados TRS-Care Medicare Rx®. Corre el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care si no tiene la cobertura Parte B de Medicare cuando es elegible para comprarla.

### ¿Tiene pensado jubilarse debido a una discapacidad?

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

### ¿Ya se jubiló debido a una discapacidad?

Las primas las determina la elegibilidad de Medicare del jubilado de TRS o del cónyuge sobreviviente, independientemente del estatus de Medicare de sus dependientes. Por ejemplo, si es un 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 del Seguro Social.

### *Elegibilidad para Medicare a los 65 años de edad*

TRS le recomienda encarecidamente que se inscriba en Medicare tan pronto como sea elegible. Puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumple 65 años. Cuanto antes se registre, más pronto TRS podrá verificar su estatus de Medicare e inscribirlo. Idealmente, su cobertura de Medicare será efectiva el primer día del mes de su cumpleaños. Si su cumpleaños es el primero del mes, su cobertura de Medicare será efectiva el primero del mes anterior (el primero del mes anterior de 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 cuando cumpla 65 años, pero debe presentar una solicitud de inscripción en el programa TRS-Care antes de que pasen 31 días después del final del mes en el que cumple 65 años.

**Una vez que sea elegible para recibir Medicare, usted debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para ser elegible para los beneficios de TRS-Care.** Esto es obligatorio, incluso si no es elegible para recibir la Parte A de Medicare sin costo de prima. No tiene que comprar la Parte A sino la puede obtener gratis, pero sí debe comprar la Parte B de Medicare. Si no compra y mantiene la Parte B de Medicare, corre el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care.

### *Elegibilidad de Medicare para enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés)*

Si es elegible para Medicare debido a la ESRD, Medicare paga secundariamente a TRS-Care porque las reglas federales requieren que la cobertura de TRS-Care sea primaria durante un tiempo determinado. Una vez que su Parte A de Medicare se convierta en su cobertura primaria, su prima mensual de TRS-Care y su deducible de TRS-Care disminuirán. Si es elegible debido a la ESRD, infórmale a TRS por teléfono o por escrito.

### ¿Qué pasos debo seguir cuando cumpla 65 años?

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

- si es elegible para la Parte A de Medicare (hospitalización) sin costo de prima, regístrese para ello a través de la Administración del Seguro Social. Puede solicitar una solicitud en línea en [www.ssa.gov/medicare](http://www.ssa.gov/medicare), visitar la oficina local del Seguro Social o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778);

- compre la Parte B de Medicare a través de la Administración del Seguro Social lo más pronto en cuanto la inscripción esté disponible para usted. Debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para ser elegible para los beneficios de TRS-Care. La Administración del Seguro Social puede confirmar su prima de la 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 documentos adentro. Si va a agregar dependientes, complete y envíe la solicitud de TRS-Care antes de que pasen 31 días a partir del final del mes en el que se jubile o cumpla 65 años.

Si es elegible 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 antes de que pasen 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 manual de beneficios.

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. 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 cubiertos incurridos antes de la fecha en que el cambio tuvo efecto.

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

La cobertura del jubilado con *TRS-Care* cede en la primera instancia de lo siguiente:

- 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 es elegible para 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.

El incumplimiento puntual del pago total de la prima requerida resultara en la terminación de la cobertura al final del mes en el que se hizo el último pago.

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

TRS-Care está obligado a ofrecerla al cónyuge y a los hijos dependientes del jubilado de TRS-Care que estén inscritos en TRS-Care el derecho a continuar temporalmente con la cobertura médica grupal si esta cesara por la ocurrencia de ciertos eventos elegibles. La cobertura de continuación COBRA que un cónyuge o un hijo dependiente elige obtener, si lo hubiera, proporciona beneficios idénticos a los que se ofrecen a los 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 cobertura de continuación 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 el cónyuge o los hijos dependientes pierden la cobertura al ocurrir uno de estos tres eventos que califican, deben notificar a TRS-Care sobre el 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 puntual, debe tener el matasellos del correo postal o enviado de otro modo a TRS-Care en o antes del último día del período de notificación de 60 días.

Existen dos maneras en que un participante de TRS-Care que cuando la cobertura termine puede continuar con la cobertura. La cobertura de continuación de TRS-Care a través de COBRA se explica en el aviso [Los Derechos de Cobertura de Continuación 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 con este Programa. Cuando este sea el caso, se considerarán los beneficios de "otros planes", incluidos los planes grupales que no hayan sido 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 cubierto. 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 primario. Es importante que notifique al Servicio al Cliente de TRS-Care al **1-866-355-5999** cuando tenga otra cobertura de seguro. Ellos lo ayudarán a establecer el orden de determinación de beneficios para sus reclamaciones.

## CÓMO FUNCIONA EL PLAN

### Cantidad permitido

El *cantidad permitido* es el monto máximo de beneficios que pagará BCBSTX por los *gastos elegibles* en que usted incurra bajo su seguro médico. BCBSTX ha establecido un *cantidad 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 *cantidad permitido* de BCBSTX y el monto que cobre el *proveedor* sin contrato. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o sin cobertura bajo su seguro médico, y todo *deducible*, *coseguro* y *copago* correspondientes.

Sin embargo, si recibe servicios de un *proveedor fuera de la red* cuando se encuentra en un centro u *hospital dentro de la red*, es posible que esté protegido 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 [cantidad permitido](#) en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios para entender las guías que utiliza BCBSTX.

### Administración de casos clínicos

Bajo ciertas circunstancias, su seguro médico le permite a BCBSTX la flexibilidad de ofrecer beneficios 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 económico;
- BCBSTX prevea gastos futuros por *gastos elegibles* que pueden verse disminuidos con tales beneficios.

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

### Libertad de elección

*Cada vez que necesite atención médica, usted puede elegir entre:*

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

**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;**

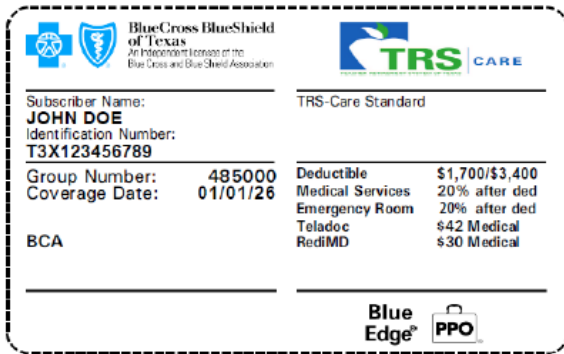
- **números de teléfono importantes.**

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.

Por favor, recuerde que cada vez que ocurra un cambio en su familia puede ser necesario emitirle una nueva tarjeta de asegurado (consulte la sección **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS** para 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**



**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:
  - a. uso de la tarjeta de asegurado antes de la *fecha efectiva*;
  - b. uso de la tarjeta de asegurado después de su fecha conforme a su seguro médico;
  - c. obtener beneficios para personas sin cobertura en su seguro médico;
  - d. obtener beneficios sin cobertura en su seguro médico.
- El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo o, de otra manera, inapropiado de las tarjetas de asegurado por parte de cualquier *participante* puede dar como resultado, entre otras cosas, la solicitud de las siguientes sanciones para todos los *participantes* cubiertos en su cobertura:
  - a. negación de beneficios;
  - b. cancelación de la cobertura en su seguro médico para **todos** los *participantes* cubiertos en su cobertura;
  - c. resarcimiento de parte de usted o cualquiera de sus dependientes asegurados de cualquier pago de beneficios realizado;
  - d. negación de la aprobación previa de servicios médicos para todos los *participantes* que reciben beneficios bajo su cobertura;
  - e. aviso a las autoridades correspondientes de potenciales violaciones de la ley o la ética profesional.

## Necesidad médica

De conformidad con lo establecido por BCBSTX, todos los servicios y suministros para los que están disponibles los beneficios en su seguro médico deben 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 *cantidad permitido* de BCBSTX como pago por servicios *médicamente necesarios*;
- no facturarle a usted por los servicios más allá de la determinación del *cantidad 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 médico.

**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 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*.

Sin embargo, puede haber ocasiones en las que requiera de los servicios de un *proveedor 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 fuera de la red* antes de la consulta, se proporcionarán *beneficios dentro de la red*;
- si decide consultar a un *proveedor fuera de la red* y si un *proveedor dentro de la red* pudo haber prestado los servicios, solo estarán disponibles los *beneficios fuera de la red*.

## Uso de proveedores sin contrato

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 cubiertos serán reembolsados por el *cantidad permitido* sin contrato de BCBSTX, que es, en la mayoría de los casos, menor que el *cantidad permitido* aplicable para los *proveedores* que tienen contrato con BCBSTX. Consulte la definición de *cantidad permitido* sin contrato en la sección **DEFINICIONES** de este manual de beneficios.

**El proveedor sin contrato no está obligado a aceptar el *cantidad permitido* sin contrato de BCBSTX como pago total y puede facturarle a usted el saldo adicional por la diferencia entre el *cantidad permitido* sin contrato de BCBSTX y los cargos facturados del *proveedor* sin contrato (a menos que el *proveedor* tenga prohibido hacerlo conforme a la ley). Usted será responsable del monto de factura con saldo adicional, que podría ser considerable. También será responsable de los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o sin cobertura bajo su seguro médico, y todo *deducible*, *coseguro* y *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 médico 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 cubiertos 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 <https://www.bcbstx.com/find-care/utilization-management> 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 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 cubiertos 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 del tratamiento recibido en *centros de tratamiento residencial*;
- todo tratamiento hospitalario para el *trastorno por consumo de sustancias (SUD)* incluidos los del

- 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. Una enfermera 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.

Sin embargo, 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 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 hospitalización más larga, su *proveedor* puede buscar una ampliación para los días adicionales. Los beneficios no estarán disponibles para los cargos por alojamiento y comida de los días que no sean médicamente necesarios. Para obtener más información sobre las duraciones de la estadía, consulte la subsección **Revisión de la duración de la hospitalización/el servicio** de este manual de beneficios.

### Revisión de la duración de la hospitalización/el servicio

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

Una vez que la revisión 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 demandas 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 de 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 de 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 de 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 negados basándose en la información presentada, toda reclamación será negada.

### Revisión clínica recomendada opcional para atención de salud mental, enfermedad mental

### **grave y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias**

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

Sin embargo, 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 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**

- **Póliza de tratamiento más económica**

TRS proporciona cobertura para tratamientos y servicios médicamente necesarios que se consideran la opción más económica disponible para una condición específica. Económico en este contexto significa la opción de menor costo que es clínicamente apropiada para tratar una condición. Si su proveedor recomienda un tratamiento o servicio que difiere de la opción más económica, puede que se le pida presentar documentación explicando el motivo de la alternativa. Esto puede incluir documentación médica cuando el tratamiento económico se intentó anteriormente y se encontró ineficaz, no es clínicamente apropiado o contraindicado, o no es razonablemente accesible de manera oportuna. Ejemplos de tratamiento económico incluyen:

I) la receta de un medicamento genérico o biosimilar en lugar de uno de marca; II) realizar fisioterapia antes de la cirugía; III) realizar procedimientos diagnósticos seguros y rutinarios en centros quirúrgicos en lugar de hospitales; o IV) recibir medicamentos administrados por un proveedor de atención médica en el consultorio de un médico o una infusión en el hogar en vez de un entorno hospitalario.

- **No es garantía de pago**

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

- **Solicitud de información adicional**

El proceso de *revisión de la necesidad médica posterior al servicio* puede requerir documentación adicional de su *proveedor* o farmacéutico. Además de la solicitud 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 remplazos, fotografías, radiografías, etc., según lo solicite BCBSTX para realizar una determinación sobre la cobertura de acuerdo con los términos y condiciones de este *plan*.

### **No se ha obtenido una revisión clínica recomendada**

Si no se obtiene 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 médico, debe 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 proporcionen 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. Sin embargo, algunos proveedores sí harán esto por usted. Si el proveedor no presenta la reclamación por usted, consulte la siguiente subsección titulada Reclamación presentada por el participante para saber cómo presentar su propio formulario de reclamación.

#### *Reclamación presentada por el participante*

### **Reclamaciones médicas**

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

Puede obtener copias de los formularios de reclamación en el sitio web de BCBSTX en [www.bcbstx.com/trscarestandard](http://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](http://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 superviviente, como beneficiario. Si no existe cónyuge superviviente, 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* médico no son asignables, ni antes ni después de que se hayan proporcionado los servicios y suministros.

## Pagos de beneficios a un custodio principal

Es posible que los beneficios 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* médico de los pagos de beneficios por los montos que se le adeuden, se considerará en cumplimiento de sus obligaciones para con usted conforme a su *seguro* médico.

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

## Cuándo presentar una reclamación

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

## Comprobante de reclamaciones por parte de BCBSTX

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

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

## Revisión de determinaciones de reclamación

### Determinaciones de reclamación

Cuando BCBSTX recibe una reclamación correctamente presentada, tiene la autoridad y discreción según su *seguro* médico de interpretar y determinar los beneficios de 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* médico.

### **Plazos de los avisos requeridos y extensiones para determinaciones iniciales**

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

- **reclamación de atención médica inmediata/urgente** se refiere a toda solicitud previa al servicio, como se describe en este manual de beneficios, para beneficios de atención médica o tratamiento respecto de los cuales la aplicación de los plazos regulares para tomar decisiones sobre reclamaciones 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;
- **solicitud 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 debe estar en un formato aceptable para BCBSTX. Esta reclamación debe incluir todos los detalles del servicio recibido, incluido su nombre, edad, sexo, número de asegurado, nombre y dirección del *proveedor*, una declaración detallada del servicio prestado o entregado, la fecha del servicio, el diagnóstico, el cargo de la reclamación y cualquier otra información que BCBSTX pueda solicitar en relación con los servicios prestados a usted.

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

	Reclamaciones de atención médica 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 después de recibir la reclamación	15 días del calendario después de recibir la reclamación	30 días del calendario después de recibir la reclamación	<p>Debe ser proporcionada con suficiente anticipación para darle a usted una oportunidad de apelar y obtener una decisión antes de que el tratamiento previamente aprobado se reduzca o se dé por terminado. Una solicitud para extender un curso de tratamiento aprobado que sea una Reclamación de atención médica inmediata/urgente recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas, si la solicitud se realiza al menos 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos previamente aprobados.</p> <p><b>Nota:</b> 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 solicitud 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 del 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 del calendario.	Sí. Se permite una extensión de 15 días del 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 del 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 debe notificar sobre la necesidad de información adicional para decidir el resultado de una reclamación. Se le debe dar al menos 48 horas para responder.	Si se necesita una extensión porque usted no proporcionó la información necesaria para decidir sobre la reclamación, el aviso de extensión debe especificar la información necesaria. Se le debe dar al menos 45 días calendario para responder. El plazo para la determinación inicial de las reclamaciones se suspende hasta el final del período de respuesta establecido o hasta que se reciba la información, lo que ocurra primero.	Si se necesita una extensión porque usted no proporcionó la información necesaria para tomar una decisión sobre la reclamación, el aviso de extensión debe especificar la información necesaria. Se le debe dar al menos 45 días calendario para responder. El plazo para la determinación inicial de las reclamaciones se suspende hasta el final del período de respuesta establecido o hasta que se reciba la información, lo que ocurra primero.	No aplicable
¿Cuál es la fecha límite si se necesita información adicional?	Usted debe ser notificado sobre la decisión en un plazo máximo de 48 horas después de lo que ocurra primero:  1) BCBSTX recibe la información solicitada; o 2) el final del período de respuesta establecido.	Si hay una extensión, deben notificarle la decisión en un plazo máximo de 15 días calendario después de que BCBSTX reciba una respuesta a la solicitud de información o 15 días calendario después del final de la fecha límite para que usted proporcione la información, lo que ocurra primero.	Si hay una extensión, deben notificarle la decisión en un plazo máximo de 15 días calendario después de que BCBSTX reciba una respuesta a la solicitud de información o 15 días calendario después del final de la fecha límite para que usted proporcione la información, lo que ocurra primero.	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 también puede solicitar un aviso escrito.

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

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

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

- los motivos de la determinación;
- una referencia a las disposiciones del *plan* y exclusiones de beneficios en que se basa la determinación;
- una descripción de la información adicional que puede ser necesaria para completar la reclamación y una explicación de por qué ese material es necesario;
- información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha de servicio, el *proveedor de atención médica*, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de negación con sus significados y los estándares utilizados.

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

- una explicación de los procesos de apelación/revisión interna y de los procesos de revisión externa que tiene a su disposición (y cómo iniciar una revisión interna o externa) y los límites de tiempo aplicables, así como información sobre cualquier procedimiento de apelación voluntaria que ofrezca su seguro médico;
- en ciertos casos, se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de negación de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si 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 proporcionarle o de hacer el pago (parcial o en total) de un beneficio, incluyendo cualquier negación, reducción, terminación o falta de proporcionarle un beneficio en respuesta a una reclamación, reclamaciones previas al servicio o reclamación de atención médica inmediata/urgente, o hacer el pago por un beneficio resultante de la solicitud de cualquier revisión de la utilización,

así como una falta de cobertura de un artículo o servicio, para el cual los beneficios se proporcionan de otra manera porque se determina que es experimental o investigativo o que no es *médicamente necesario* o apropiado.

Si BCBSTX aprobó un tratamiento en curso y se redujo o termina dicho tratamiento (mediante la modificación o la terminación del plan de beneficios del *patrocinador del plan*) antes de finalizar el período de tratamiento aprobado, esto también es una Determinación adversa de beneficios. Una Rescisión de cobertura también es una Determinación adversa de beneficios.

Una “**Determinación final interna adversa de beneficios**” significa una Determinación adversa de beneficios que ha sido ratificada por BCBSTX al finalizar el proceso interno de revisión/apelación de una Determinación adversa de beneficios con respecto a lo cual se ha considerado agotado el proceso interno de revisión/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 debe hacerse por escrito, ya que es necesaria la protección contra la divulgación de información sobre usted, a menos que sea a su representante autorizado. Para obtener un Formulario de representante autorizado, usted o su representante pueden llamar a su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Si cree que BCBSTX negó incorrectamente todos o parte de sus beneficios, puede solicitar la revisión de su reclamación. BCBSTX revisará su decisión de 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, debe llamar o escribir en la Oficina administrativa de BCBSTX. BCBSTX necesitará conocer los motivos por los cuales usted no está de acuerdo con la negación o la negación parcial. Envíe su solicitud de apelación a la siguiente dirección:

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

- BCBSTX aceptará las solicitudes de información 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, sin tener en cuenta si la información fue considerada en la determinación inicial. No habrá consideraciones para la Determinación Adversa de Beneficios inicial. La evidencia o justificación nueva o adicional se le proporcionará a usted o a su representante autorizado con suficiente anticipación a la fecha en que se realice una Determinación adversa de beneficios interna en la apelación para darle la oportunidad de responder antes de que se

haga la determinación final. Si se recibe la información tarde que sería imposible proporcionarle a tiempo para que usted tenga la oportunidad razonable de responder, los periodos a continuación para notificar la Determinación Adversa de Beneficios Interna Final se suspenderán hasta que usted tenga la oportunidad razonable de responder. Después de que usted responda, o haya tenido la oportunidad razonable de responder y no lo hizo, BCBSTX le notificará cuál es la determinación de beneficios en un plazo razonable, tomando en cuenta las demandas médicas.

La resolución de apelación será tomada por BCBSTX o, si lo requiere, un *médico* asociado o contratado con BCBSTX y/o asesores externos, los cuales no participaron en la negación inicial de su reclamación, y las personas que tomaron la Determinación adversa de beneficios no presentaron la apelación. Antes de que usted o su representante autorizado inicien cualquier acción para recuperar las prestaciones, debe agotar el proceso de apelación, y debe hacer todas las cuestiones relativas a una reclamación y debe presentar una o varias apelaciones y las apelaciones deben ser finalmente resueltas por BCBSTX.

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

Si no apela a tiempo, pierde su derecho a oponerse después a la decisión sobre la reclamación.

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

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

**Aviso sobre la determinación de la apelación**

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

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

- el motivo de la determinación;
- referencia a las disposiciones de los *beneficios* con cobertura en las que se basa la determinación, así como al contrato contractual, administrativo o de protocolo correspondiente a la determinación;
- información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha de servicio, el *proveedor de atención médica*, el monto de reclamación (si corresponde), los códigos de negación con sus significados y los estándares utilizados.

Tenga en cuenta que los códigos de diagnóstico/tratamiento con sus significados y los estándares empleados también están disponibles si 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 debe presentar esa acción;

- en ciertos casos, se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique que el aviso escrito de negación de reclamaciones y otra información de beneficios pueden estar disponibles (si se solicita) en dicho(s) idioma(s);
- en ciertos casos se incluirá una declaración en uno o más idiomas distintos al inglés que indique cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por BCBSTX;
- el derecho de solicitar, sin cargo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios;
- toda regla, guía, protocolo u otro criterio interno similar en el que se haya basado la determinación, o una declaración de una copia de dicha regla, guía, protocolo u otro criterio similar, se proporcionará sin cargo alguno, si lo solicita;
- una explicación del criterio clínico o científico en el que se basó la determinación, o una declaración de que se proporcionará la explicación, sin cargo alguno, si lo solicita;
- una descripción del estándar que fue empleado para negar la reclamación y un diálogo sobre la decisión;
- información de contacto de la oficina de ayuda al consumidor de seguros médicos o del defensor del consumidor correspondiente.

Si la decisión de BCBSTX es la de seguir 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 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, 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 una 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 deben 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 debe completar una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

- a. usted está o estuvo con cobertura conforme a su seguro médico 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 médico 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 médico 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. El IRO asignado será acreditado por la Comisión de Acreditación de Revisión de la Utilización (URAC, en inglés) o por una organización acreditadora similar reconocida a nivel nacional. Además, BCBSTX se asegurará de que el IRO sea imparcial e independiente. Por consiguiente, BCBSTX debe tener un contrato con al menos tres IRO's para las asignaciones conforme a su seguro médico y rotar las asignaciones de las reclamaciones entre estas (o incorporar otros métodos imparciales e independientes para la selección del IRO, como una selección aleatoria). Además, el IRO no puede ser elegible para ningún incentivo financiero en base a la probabilidad de que el IRO respalde la negación de beneficios.

El IRO debe proporcionar lo siguiente:

- a. la utilización de expertos legales, si procede, para tomar una determinación de cobertura conforme a su seguro médico;
- b. una notificación oportuna por escrito a usted o a su representante autorizado sobre la elegibilidad y la aceptación de la solicitud para revisión externa. Este aviso incluirá una declaración que usted puede enviar por escrito al IRO asignado, en el transcurso de 10 días hábiles después de la fecha de recepción del aviso, información adicional que el IRO tendrá que considerar cuando lleve a cabo la revisión externa. El IRO no está obligado a aceptar y considerar la información adicional enviada después del plazo de 10 días hábiles, pero puede hacerlo;
- c. en el plazo de cinco días hábiles después de la fecha de asignación el IRO, BCBSTX

debe proporcionar al IRO asignado la documentación y toda información considerada para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final. Si BCBSTX no proporciona de manera oportuna la documentación e información, esto no retrasará la revisión externa. Si BCBSTX no proporciona oportunamente la documentación e información, el IRO asignado puede dar por terminado la revisión externa y decidir revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final. En el plazo de un día laborable tras haber tomado la decisión, el IRO debe notificárselo a BCBSTX y a usted o a su representante autorizado;

- d. tras recibir cualquier información presentada por usted o su representante autorizado, el IRO asignado debe, en el plazo de un día laborable, reenviar la información a BCBSTX. Una vez recibida dicha información, BCBSTX puede reconsiderar la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa de beneficios interna final que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte de BCBSTX no deberá retrasar la revisión externa. Se puede dar por terminada la revisión externa como consecuencia de la reconsideración solo si BCBSTX decide, al completar su reconsideración, revertir la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final y proporcionar cobertura o pago. En el plazo de un día laborable tras haber tomado la decisión, BCBSTX debe proporcionar un aviso escrito de su decisión a usted y al IRO asignado. El IRO asignado debe dar por terminado la revisión externa al recibir el aviso de BCBSTX;
- e. revisión de toda la información y documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, el IRO asignado no estará sujeto a las decisiones o conclusiones de BCBSTX. Además de la documentación e información provistas, y en la medida en que la información o la documentación esté disponible y el IRO lo considere apropiado, el IRO asignado considerará lo siguiente al tomar una decisión:
  - (1) sus expedientes médicos;
  - (2) la recomendación del profesional de la salud tratante;
  - (3) Los informes de los profesionales de la salud apropiados y otra documentación presentada por BCBSTX, usted o su profesional de la salud tratante;
  - (4) los términos y la cobertura de beneficios de su plan para garantizar que la decisión del IRO no sea contrario a los términos de su seguro médico, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable;
  - (5) las guías de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y que pueden incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, las sociedades, consejos y asociaciones médicas nacionales o profesionales;
  - (6) los criterios de revisión clínica aplicables desarrollados y utilizados por BCBSTX, a menos que los criterios se contradigan con los términos de su seguro médico o con la ley vigente;
  - (7) la opinión del revisor o revisores clínicos del 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 el IRO reciba la solicitud para una revisión externa. El IRO debe proporcionar el aviso de decisión de revisión externa final a BCBSTX y a usted o su representante autorizado;
- g. el aviso de decisión de revisión externa final incluirá lo siguiente:
  - (1) una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, con información suficiente para identificar la reclamación (incluida la fecha o las fechas de servicio, el *proveedor de atención médica*, el monto de la reclamación [si corresponde], el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente y el motivo de la negación anterior);
  - (2) la fecha en que el IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión del IRO;
  - (3) referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar la decisión, incluidas las disposiciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia;

- (4) una discusión del motivo o los motivos principales de la decisión, incluida la justificación de la decisión y los estándares basados en la evidencia utilizados al tomar su decisión;
  - (5) una declaración de que la determinación es vinculante, a menos que 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, el IRO debe 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 debe proporcionar de inmediato la cobertura o el pago (que incluye autorizar o pagar de inmediato los beneficios) para la reclamación.

## Revisión externa inmediata

- **solicitud para una revisión externa inmediata;**

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

- **revisión preliminar;**

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

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

Cuando se determine que una solicitud es elegible para una revisión externa después de la revisión preliminar, BCBSTX asignará un IRO de acuerdo con los requisitos establecidos en la subsección anterior **Revisión externa estándar**. BCBSTX debe proporcionar o transmitir al IRO asignado toda la documentación e información necesarias consideradas para la elaboración de la Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios interna final, de forma electrónica, por teléfono, fax o cualquier otro método inmediato disponible.

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

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

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

## **Agotamiento**

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

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

El proceso de revisión interna no se considerará agotado según las infracciones menores que no causen, y no es probable que causen, perjuicios o daños a usted, siempre que BCBSTX demuestre que la infracción fue por una buena causa o por asuntos fuera del control de BCBSTX, y que la infracción ocurrió en el contexto de un intercambio continuo y de buena fe de información 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.

## **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 todos los poderes y la autoridad necesarias o apropiadas para controlar y administrar 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*.

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

# GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

## Gastos elegibles

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

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

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

## Copagos

Algunos de los servicios de atención médica y tratamientos que reciba bajo su plan médico requerirá que se pague un copago en el momento en que usted recibe los servicios. Consulte su **PROGRAMA DE COBERTURA** para ver la información específica de su *plan*.

Se requiere un *copago*, si está indicado en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, para la primera visita al consultorio para *cuidados de maternidad*, pero no será necesario para las siguientes consultas.

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

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

Los siguientes servicios no se pagan bajo la disposición de este *copago*, pero se consideran como *gastos médico-quirúrgicos* 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.

Se requerirá un copago, si aparece en su **PROGRAMA DE COBERTURA** por cada consulta a un centro de atención médica inmediata/urgente. Si los servicios prestados requieren una visita de retorno al consultorio (por ejemplo, servicios de laboratorio) en otro día, se requerirá un nuevo *copago*. Los siguientes servicios no se pagan bajo la disposición de este *copago*, sino se consideran como *gastos médico-quirúrgicos*, 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, como terapia de radiación, quimioterapia o diálisis renal.

Se requerirá un copago, si aparece en su **PROGRAMA DE COBERTURA**, para los cargos de cada consulta ambulatoria en la sala de emergencias de un *hospital*. Si es admitido en el *hospital* como consecuencia directa de la condición de salud de emergencia o un accidente, el copago no se aplicará.

## Deducibles

Los beneficios de su seguro médico estarán disponibles después de cumplir con 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 del *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 del *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 para satisfacer el *deducible* "individual" y "familiar" *dentro de la red* solo se aplicarán al *deducible dentro de la red*. Los *gastos elegibles* aplicados para satisfacer 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 médico;
- gastos sin cobertura debido a que se ha alcanzado el límite máximo de un beneficio;
- todo *gasto elegible* que pague el Plan primario cuando su seguro médico es el Plan secundario para 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 médico 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 médico 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 *gastos 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 médico. 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 médico cubre los *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 para hospitalizaciones emergentes o no planificadas y la opción de *revisión clínica recomendada*.

En el caso de los *gastos de hospitalización* elegibles, usted debe pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en 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 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 médico cubre los *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 deben pagarse a su *médico dentro de la red* u otro *proveedor dentro de la red* en el momento en que usted recibe los servicios.

En el caso de los *gastos médico-quirúrgicos* elegibles, usted debe pagar un porcentaje de los *gastos elegibles* después de haber alcanzado su *deducible*. Esto se muestra en 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 una enfermera anestesióloga titulada (CRNA, en inglés);
- procedimientos de radiografía de diagnóstico y laboratorio;
- terapia de radiación;
- alquiler de *equipo médico duradero* requeridos para uso terapéutico, a menos que su seguro médico requiera la compra de ese equipo. El término “*equipo médico duradero* (DME, en inglés)” no deberá incluir lo siguiente:
  - a. equipos diseñados principalmente para aliviar el dolor o para brindar comodidad al paciente;
  - b. terapia a domicilio en una cama de presión de aire.
  - c. Espirómetros domésticos o tele-espírometros

Ejemplos de equipo que no tiene cobertura incluyen, pero no están limitados a, aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, equipo de 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 reemplazos que se necesitan por razones de crecimiento del *participante*;
- los soportes ortopédicos (es decir, un aparato ortopédico que se utiliza para apoyar, alinear o mantener las partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo lo siguiente:
  - a. aparatos 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 cubiertos 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 sin receta aprobados por la FDA con **una receta médica por escrito** de un *proveedor de atención médica* a participantes 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 sin receta. Visite el sitio web de BCBSTX en [www.bcbstx.com/trscarestandard](http://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;
- 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 médico 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 médico, 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 médico* de un *patrocinador del plan* con BCBSTX inmediatamente antes de la *fecha efectiva* de la cobertura del *participante* con su seguro médico.

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 una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera vocacional con licencia (LVN, en inglés);
  - b. alojamiento y comida y todos los servicios de rutina, suministros y equipos que proporcione el *centro de enfermería especializada*;
  - c. servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia.
- para la *atención médica en el hogar*:
  - a. atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera vocacional con licencia (LVN, en inglés);
  - b. asistencia médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
  - c. servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia;
  - d. suministros y equipos que la *agencia de atención médica 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 en el hogar*:
    - a. *cuidados de hospicio* en el hogar:
      - (1) atención de enfermería de tiempo parcial o intermitente por parte de una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera vocacional con licencia (LVN, en inglés);
      - (2) asistencia médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en el cuidado del paciente;
      - (3) servicios de fisioterapia, terapia del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia;
      - (4) servicios domésticos y de asesoramiento proporcionados de manera rutinaria por parte de la agencia de 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 una enfermera titulada (RN, en inglés), enfermera de práctica avanzada (APN, en inglés) o una enfermera vocacional con licencia (LVN, en inglés);
      - (2) alojamiento y comida y todos los servicios, suministros y equipo de rutina proporcionados por el centro de cuidados de hospicio en el hogar;
      - (3) servicios de fisioterapia, terapia del habla y para la respiración por parte de terapeutas con licencia.

## Gastos de disposiciones especiales

Los beneficios disponibles en esta subsección **Gastos de disposiciones especiales** normalmente están definidos sobre los mismos fundamentos que otros *gastos de hospitalización*, *gastos médico-quirúrgicos* y *gastos de atención médica a largo plazo*, a menos que sea en la medida de lo que se detalla en cada uno. Los beneficios para los gastos *médicamente necesarios* se determinarán según lo indicado en su(s) Programa(s) de Cobertura. Recuerde que también se aplicarán los *copagos*, *coseguros* y *deducibles* que se muestran en su Programa(s) de cobertura. Consulte la

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

### **Beneficios para el tratamiento de complicaciones del embarazo**

Los beneficios para *gastos elegibles* incurridos para el tratamiento de *complicaciones del embarazo* se determinarán en la misma base que el tratamiento para cualquier otra enfermedad. *Los hijos dependientes* solo serán elegibles para el tratamiento de *complicaciones del embarazo*.

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

### **Beneficios para la atención de maternidad**

Los beneficios para *gastos elegibles* incurridos para la *atención de 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 de maternidad*, pero no se requerirá para las consultas siguientes.

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

Su seguro médico proporciona cobertura de atención médica para pacientes hospitalizados para los padres biológicos y el recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

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

El seguro médico proporciona cobertura de *Atención médica posparto* para los padres biológicos y el recién nacido en caso de que los padres biológicos 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 padres biológicos, 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 cualquier clínica necesaria y adecuada.

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

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

- visita inicial al consultorio;
- 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 fracturados;
- dolor agudo de pecho o abdominal;
- pérdida del conocimiento;
- convulsiones;
- dificultad para respirar;
- sospecha de un 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 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 emergencias o la sala de tratamiento del *hospital*. Pueden ayudarlo a determinar si necesita *atención médica de emergencia* o tratamiento por una *lesión accidental* y recomendarle esa atención. Si no es razonablemente posible, acuda al centro de emergencia más cercano, independientemente si el centro está 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 para que puedan recomendar la continuación de los servicios médicos necesarios.

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 al cuidado de un *proveedor dentro de la red*, pero es atendido de un *proveedor fuera de la red*, solo estarán disponibles los *beneficios fuera de la red*.

### **Beneficios para la atención médica inmediata/urgente**

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

Los servicios de *atención médica inmediata/urgente* están cubiertos cuando los proporciona un *proveedor de atención médica inmediata/urgente* para el tratamiento inmediato de una condición de salud que requiere atención médica inmediata, 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 y la placa de la carótida intima-media.

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

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

### **Equipo médico duradero**

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 se compra y conserva la opción de recuperar el DME en caso de cancelación o finalización de su cobertura.

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

Algunos ejemplos de DME son:

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

Los artículos excluidos se encuentran en la sección [\*\*LIMITACIONES 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 cubiertos;
- 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 terapia del 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 externo de voz, por oído afectado para dependientes hasta los 19 años de edad, cada tres años. La cobertura también incluye tratamientos relacionados, como servicios de habilitación y rehabilitación, servicios de ajuste y distribución y la entrega de moldes para los oídos siempre que sea necesario para mantener un ajuste óptimo de los audífonos. Los componentes del implante pueden ser reemplazados si es *médicamente necesario* 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 menores 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* debe enviarse a BCBSTX antes de que comience la prestación de servicios y cuando la *cobertura de servicios familiares personalizados* sea modificada.

Una vez que el *hijo* alcanza los tres años de edad, cuando se han completado los servicios según la *Cobertura de servicios familiares personalizados*, los *gastos elegibles*, que de otro modo estén cubiertos en este *plan*, estarán disponibles. Se aplicarán todas las disposiciones contractuales de este *plan*, cubiertos, 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 un plan de tratamiento inicial y continuo elaborado y emitido por el Consejo Interinstitucional de 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 deben ser las siguientes:

- un *proveedor de atención médica*:
  - a. que esté certificado, tenga licencia o registro emitido por una agencia pertinente del estado de Texas;
  - b. que la 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.

El propósito 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 utilizados para tratar 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 cubiertos incluyen:

- 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 parciales o completamente impactados en el hueso de la mandíbula;
  - b. los dientes que no saldrán a través de la encía;
  - c. otros dientes que no puedan extraerse sin cortar el hueso;
  - d. las raíces de un diente o quistes sin extraer el diente completo;
  - e. tumores
- servicios prestados a un recién nacido que son necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito;
- la corrección de daños causados únicamente por lesiones accidentales y dichas lesiones surja de violencia doméstica o una condición de salud que afecte los dientes naturales sanos y no restaurados y tejidos de soporte.

Los servicios deben recibirse dentro de los 24 meses posteriores a la fecha del accidente. Una lesión sostenida por morder o masticar 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 cubiertos proporcionados a un *participante* por parte de un *hospital*, un *médico* u *otro proveedor* con relación a un trasplante de órgano o tejido, se determinarán de la siguiente manera, siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:
  - a. el procedimiento de trasplante no sea de naturaleza *experimental ni investigativa*;
  - b. se usen órganos o tejido humano donados o un dispositivo artificial aprobado por la FDA;
  - c. el destinatario sea un *participante* conforme a su seguro médico;
  - d. el *participante* cumple con todos los criterios 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 cubiertos “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 proporcionados 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 una lesión cerebral adquirido**

Los beneficios para *gastos elegibles* incurridos para el tratamiento *médicamente necesario* de una *lesión 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 una *lesión cerebral adquirido*:

- terapia de comunicación cognitiva: servicios diseñados para tratar 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 tratar 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 por día 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 una serie 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 por día 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 sufrido una lesión cerebral adquirida;
  - b. no ha respondido al tratamiento;
  - c. ha empezado a responder al tratamiento después
- responde al tratamiento más tarde 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 *una lesión cerebral adquirido*.

*Terapia* significa un tratamiento correctivo programado proporcionado mediante la interacción directa con la persona para mejorar una condición patológica que derive de *una lesión cerebral adquirido*.

El tratamiento *para una lesión cerebral adquirido* se puede proporcionar en un *hospital*, en un *hospital* de rehabilitación para condiciones 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 *una lesión 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, cubiertos 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 recetados están cubiertos en el plan de medicamentos recetados. 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* incurridos 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* incurridos 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 médico, independientemente de si el *participante* forma parte de un estudio clínico.

Los costos de rutina para pacientes no incluyen lo siguiente:

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

### **Beneficios para ciertas pruebas de detección de cáncer de próstata**

Según se indica en el **PROGRAMA DE COBERTURA**, los beneficios están disponibles para un examen físico anual de diagnóstico 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 médico 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, menor 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 regla aplicables. Para obtener más información, puede acceder al sitio web en [www.bcbstx.com/trscarestandard](http://www.bcbstx.com/trscarestandard) o comunicarse con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999.

Algunos ejemplos de servicios cubiertos 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 (limitado a 6 consultas de asesoramiento para lactancia por año del plan);
- 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 permitida 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 cubiertos para individuos con capacidad reproductiva:

- procedimientos de esterilización;
- servicios anticonceptivos para pacientes no hospitalizadas;
- anticonceptivos sin receta 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

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](http://www.bcbstx.com/trscarestandard) o comuníquese con su guía personal de la salud al 1-866-355-5999. Algunos beneficios de anticonceptivos podrían estar cubiertos 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 cubiertos en la página Servicios de Salud Preventiva para la Mujer: Información sobre Anticonceptivos. Sin embargo, usted puede tener cobertura conforme a otras secciones de este manual de beneficios, sujeta a cualquier coseguro, deducible, copago o límite máximo de beneficios que corresponda.

Los Servicios de atención médica preventiva, descritos arriba en los puntos “a” a “d” 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 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 cubiertos 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](http://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 cubiertos 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 médico 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 cubiertos para participantes menores de 21 años cuando se realiza un diagnóstico de:

- displasia cervical;
- cáncer cervical;
- exposición del útero al Dietilestilbestrol (DES);
- infección por VIH;
- mujeres inmunocomprometidas

La cobertura incluye, como mínimo, una prueba de Papanicolaou convencional o una evaluación con métodos de citología a base de líquidos, 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 cubiertos para participantes menores de 30 años;
- la prueba de detección del VPH de alto riesgo por sí sola, se cubre una vez cada 5 años para mujeres de 30 años o más. Los servicios no están cubiertos para participantes menores de 30 años.

### **Tratamiento de Terapia CAR-T**

La terapia con células T del Receptor de Antígenos Quiméricos (CAR T) es una inmunoterapia personalizada que modifica las propias células inmunitarias del paciente para atacar el cáncer. Consiste en recoger glóbulos blancos del paciente, modificarlos genéticamente para reconocer células cancerosas y reinfundirlos en el paciente como tratamiento contra el cáncer. No todos los proveedores están cualificados para ofrecer este tipo de tratamiento. Un proveedor médico debe tener credenciales específicas para ofrecer este tratamiento.

Su plan de salud cubre la terapia CAR T cuando es médicamente necesaria y es proporcionado por un proveedor médico dentro de la red que cuenta con las credenciales adecuadas. Todos los beneficios CAR T cubiertos estarán sujetos a los beneficios estándar del plan a menos que el tratamiento se proporcione en un Centro de Excelencia CAR-T.

### **Beneficios para los servicios de tratamiento en los Centros de Excelencia para CAR-T**

Cuando se proporciona la terapia CAR-T en los Centros de Excelencia de MD Anderson Houston o Medical City Dallas, el tratamiento cubierto y los gastos médicos relacionados se pagarán al 100% de la cantidad permitida. **(Debe cumplir con su deducible primero con el plan Care Standard debido a las reglas del IRS).**

El plan también ayuda a reembolsar ciertos gastos de viaje y alojamiento para el paciente y el acompañante aprobado cuando se proporciona la terapia CAR-T en MD Anderson Houston o Medical City Dallas. El reembolso está sujeto a los límites del plan y a los requisitos médicos de viaje del IRS.

Los gastos de viaje y alojamiento elegibles pueden incluir el transporte de ida y vuelta entre el domicilio del paciente y el lugar de tratamiento (como boletos de avión, tren, autobús, taxi o viaje compartido, alquiler de coches o vehículos personales según la tarifa médica del IRS), así como peajes, estacionamiento y alojamiento. La cobertura se limita a opciones razonables, económicos y no de lujo, y excluye boletos de primera clase, asientos premium, servicios de vehículos de lujo y otras actualizaciones no esenciales.

El reembolso del alojamiento está limitado a 50 dólares por noche para el paciente, o hasta 100 dólares por noche en total cuando un acompañante viaja con el paciente, de acuerdo con las reglas del IRS. Todos los gastos de viaje y alojamiento deben ser fundamental y esencial para la atención médica relacionada con el CAR-T y deben cumplir con las reglas y exclusiones de viaje médico del IRS (vea la Publicación 502 del IRS).

Para recibir el reembolso de los gastos de viaje relacionados con CAR-T, el participante debe presentar una solicitud de reembolso con los recibos de todos los gastos de viaje utilizando el "Formulario de reembolso de viaje" en el sitio web [bcbstx.com/trscarestandard](https://espanol.bcbstx.com/trscarestandard) utilizando el siguiente enlace:

<https://espanol.bcbstx.com/trscarestandard/tools-and-resources/forms>

Los participantes deben confirmar por escrito en el formulario que el viaje se debió al tratamiento CAR-T en uno de los Centros de Excelencia CAR-T.

### **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 *cantidad 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 comprados 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 cubiertos para los *participantes* con un diagnóstico diabético.

### **Beneficios de las alternativas terapéuticas**

Ciertos medicamentos recetados administrados por un proveedor tienen equivalentes terapéuticos o alternativas terapéuticos que se utilizan para tratar la misma condición. Los beneficios pueden limitarse solo a ciertos equivalentes terapéuticos o alternativas terapéuticos. Sin embargo, se pueden proporcionar beneficios para los equivalentes terapéuticos o alternativas terapéuticos que no estén cubiertos por su plan de beneficios, si se le concede una excepción.

Puede comunicarse con el Servicio al cliente en el número de teléfono gratuito que aparece en la parte atrás de su tarjeta de asegurado para obtener más información sobre equivalentes o alternativas terapéuticas cubiertos. Para solicitar una excepción, usted, su proveedor o su representante autorizado puede llamar al número gratuito que aparece en la parte atrás de tu tarjeta de asegurado. Los equivalentes terapéuticos o alternativas terapéuticas pueden estar cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos recetados, dependiendo de su plan de beneficios.

## **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 o unidad de estabilización de crisis*, un *centro residencial para recibir tratamiento* o un *centro residencial de tratamiento para menor 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, con el propósito 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*).

## Programa de Recompensas para Miembros

El Programa de Recompensas para Miembros TRS Care Standard permite a los miembros obtener recompensas eligiendo proveedores de calidad dentro de la red y centros económicos. Los miembros pueden ganar recompensas al recibir atención elegible de proveedores de atención primaria o especialistas participantes que participan en el Programa Médico, Eficiencia, Adecuación y Calidad (PEAQ). O los miembros pueden ganar recompensas cuando ciertos servicios como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ultrasonidos y otras imágenes de diagnóstico se realizan en instalaciones participantes de alto valor. Las recompensas se emiten como cheque de reembolso después de que se pague la reclamación.

**Para los participantes del plan Care Standard, las recompensas están disponibles después de que alcance su deducible. Este requisito no aplica a los servicios preventivos los participantes pueden obtener recompensas antes de alcanzar el deducible.**

## 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: centros *Blue Distinction®(BDC)* y centros+ Blue Distinction® (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.

## Centros Blue Distinction®

La designación de Blue Distinction® utiliza criterios nacionalmente consistentes para designar *proveedores* de alto rendimiento basados en los 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, menos tarifas de reingreso y mayores tarifas de supervivencia en la administración de atención médica especializada.

Los centros Blue Distinction® 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 de 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+ están actualmente apoyados 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 centros Blue Distinction® y centros+ Blue Distinction®

El producto obligatorio de BDC y BDC+ Specialty Care requiere que usted obtenga trasplantes y servicios bariátricos\* en un centro Blue Distinction® o centro+ Blue Distinction® para 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 centros Blue Distinction® para 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](http://www.bcbs.com/why-bcbs/blue-distinction)

---

\* La cirugía bariátrica solo se cubrirá en centros específicos del centro+ Blue Distinction® (BDC+). Consulte la sección centro+ **Blue Distinction® 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 aplica. Sin embargo, los servicios proporcionados fuera de Texas solo están cubiertos 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*. Puede comunicarse con el Servicio al Cliente en el número de teléfono gratuito que aparece en la parte atrás de su tarjeta de asegurado para obtener más información sobre qué servicios o suministros experimentales/de investigación pueden excluirse;
- No se cubren los servicios, procedimientos y paradigmas de servicio de tecnología clínica designados por un código temporal (CPT® Categoría III), a menos que para ciertos servicios especificados por la ley estatal o federal, o por directrices federales de cobertura o facturación.
- Manejo y tratamiento de la Intolerancia Ambiental Idiopática (IEI), incluyendo pruebas de laboratorio u otras pruebas diagnósticas para confirmar el diagnóstico de IEI.
- cualquier parte de un cargo por un servicio o suministro que sea mayor que el *cantidad permitido* según lo determinado por BCBSTX;
- servicios o suministros proporcionados en relación con una enfermedad laboral o lesión sufrida en el ámbito y durante cualquier empleo, ya sea que se suministren los beneficios, o se puedan suministrar con la reclamación adecuada, conforme a la ley de Indemnización Laboral;
- servicios o suministros para los cuales los beneficios se suministren, o puedan suministrarse con la reclamación adecuada, conforme a leyes presentes o futuras promulgadas por la Legislatura de cualquier estado, o por el Congreso de los Estados Unidos, o leyes, regla 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 esté relacionada con el participante por sangre o matrimonio
- 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 incurridos 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 este cubierto como *participante* a continuación, o cualquier servicio o suministro proporcionados tras la finalización de la cobertura del participante;
- servicios o suministros proporcionados para los *servicios de nutrición*, a menos que sean los que

puedan estar estipulados conforme a su seguro médico para lo siguiente:

- a. **servicios de atención médica preventiva**, como se muestra en su [PROGRAMA DE COBERTURA](#);
- b. un programa de evaluación nutricional proporcionados 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*;
- cualquier servicio o suministros no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o terapia física) o que no sean de diagnóstico (aparatos bucales, férulas dentales, ortesis bucal, dispositivos o prótesis) proporcionados para el tratamiento de la articulación temporomandibular (incluyendo la mandíbula y la articulación craneomandibular) y todos los músculos adyacentes o relacionados;
- artículos con *gastos médico-quirúrgicos* incurridos para 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, a menos que los servicios cubiertos 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. ortóptica o entrenamiento de la visión;
  - c. anteojos o lentes de contacto, a menos que 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;
  - b. cirugía de reasignación de género;
  - c. disfunciones sexuales;
  - d. fertilización in vitro;
  - e. promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extra coitales, incluyendo, 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 recetados y sin receta 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. acupresión;
  - 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 proporcionados por un médico en un entorno no *hospitalario* o comprados “sin receta” para soporte 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 de 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. ligeros

**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. ligeros
- 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 se pueden comprar sin receta;

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* cubiertos;
- 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 cubiertos 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 recetados 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 comprados para su uso fuera de un *hospital* que requieren una receta médica por escrito para la compra a menos que 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 *una lesión 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 proporcionados 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, a menos que para los servicios cubiertos 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 proporcionados 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 cubiertos 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;
- cannabis: este plan no cubre el cannabis. Cannabis significa todas las partes del género vegetal que contiene delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como ingrediente activo, ya sea que se cultive o no, las semillas de la planta, la resina extraída de cualquier parte de la planta y cada 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.

- Ecografías obstétricas tridimensionales (3D), cuatro dimensiones (4D) y cinco dimensiones (5D).

## 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.

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

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

**Cantidad 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 *cantidad 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 *cantidad permitido* será el menor de: (i) los cargos facturados por el *proveedor*, o (ii) el *cantidad permitido* para proveedores sin contrato de BCBSTX. A menos que se indique lo contrario en esta sección, el *cantidad 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.

A pesar de la frase anterior, el *cantidad 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 no hay una tarifa de reembolso de *Medicare* disponible o no se pueda determinar en base a la información presentada en la reclamación, el *cantidad permitido* para *proveedores* sin contrato representará una tarifa de 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 al menos cada 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 *cantidad 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 *cantidad 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 *cantidad 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 *cantidad permitido* para proveedores sin contrato y el cargo facturado del *proveedor* sin contrato, y esta diferencia podría ser considerable. Para conocer el *cantidad 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 *cantidad permitido* para todos los procedimientos quirúrgicos realizados al mismo paciente el mismo día será el monto del procedimiento único con el *cantidad permitido* más alto, más un porcentaje determinado del *cantidad permitido* para cada uno de los demás procedimientos con cobertura realizados;
- **para procedimientos, servicios o suministros** proporcionados **a destinatarios de Medicare:** el *cantidad 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.

**Centros Blue Distinction® (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 centros Blue Distinction® para obtener más información.

**Centro+ Blue Distinction® (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 centros Blue Distinction® para obtener más información.

**Beneficio diferencial del producto de centros Blue Distinction® (BDC) y centros+ Blue Distinction® (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 valor.

**Ciertos procedimientos de diagnóstico** significan:

- 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 proporcionados 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 proporcionados 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 *cantidad permitido*.

**Complicaciones del embarazo** significa lo siguiente:

- condiciones médicas (cuando el embarazo no es terminado) con diagnósticos distintos del embarazo, pero que se ven afectados negativamente por el embarazo o son causadas por el embarazo, 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 difícil que no constituyen una complicación del embarazo distintiva en términos nosológicos.
- cesárea no programada;
- interrupción de un embarazo ectópico;
- interrupción espontánea del embarazo, que tenga lugar durante un período de la gestación en el cual un nacimiento viable no es posible.

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

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

**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 debe 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 para propósitos psicológicos;
- restaura la forma, pero no corrige ni restaura sustancialmente una función corporal.

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

- escisión 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 los 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* debe incurrir antes de que estén disponibles los beneficios conforme a su seguro médico.

**Dependiente** significa su cónyuge según lo definido por la ley aplicable o todo *hijo* incluido en su seguro médico 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) de quien la residencia principales su hogar;
  - (2) del que usted sea tutor legal o pariente por sangre 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.

Para los propósitos este *plan*, el término *dependiente* también incluirá a 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 equipo que puede resistir el uso repetido, que se usa principal y generalmente para servir un propósito médicos, que por lo general no es útil a alguien que no presenta una enfermedad o lesión y que es apropiado para su uso en el hogar.

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

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

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

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

**Atención médica de emergencia** se refiere a servicios de salud proporcionados 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 literatura 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 recibido la formación y la experiencia adecuadas para proporcionarle el tratamiento o procedimiento.

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

Aunque un *médico* u *otro proveedor 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 *cantidad 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 en el hogar*, 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, BCBSTX proporcionará servicios médicos para los *participantes* del *grupo* que se inscriban.

**Proveedor de atención médica** significa una enfermera de práctica avanzada, un Doctor en medicina, un Doctor en odontología, un Asistente médico, un Doctor en osteopatía, un Doctor en podiatría u otra

persona profesional con autoridad para emitir recetas médicas.

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

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

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

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

- medicamentos y soluciones intravenosas;
- servicios farmacéuticos 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 que se pueden comprar sin receta de un médico o de *otro proveedor profesional*, incluyendo, pero no limitándose a, formulaciones nutricionales estándar utilizadas para la terapia de nutrición enteral, no se incluyen en esta definición.

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

**Centro de cuidados de hospicio en el hogar** 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 en el hogar*.

**Cuidados de hospicio en el hogar** son los servicios para los que se ofrecen beneficios conforme a su seguro médico cuando *un hospicio* proporciona a pacientes confinados en su casa o en un *centro de cuidados de hospicio en el hogar* 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 regla 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*;
- se dedica principalmente a 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 una *enfermera titulada*;
- tiene en efecto un plan de revisión de utilización del *hospital*.

**Admisión hospitalaria** es el período desde que un *participante* ingresa en un *hospital* o en un *centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias* como *Paciente internado* y el momento de la interrupción del cuidado del paciente internado o si es dado de alta por parte del médico que lo admitió, el proveedor de salud mental u otro profesional, lo que ocurra primero. Para determinar la duración de una *admisión hospitalaria* se tendrá en cuenta la fecha de ingreso pero no el día dado de alta o partida.

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

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

**Centro de diagnóstico por imágenes** es un *proveedor* que puede ofrecer servicios técnicos o completos en relación con servicios de imagen diagnóstica 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 técnicos y profesionales anatómicos y/o clínicos.

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

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

**Beneficios dentro de la red** significa los beneficios disponibles conforme a su seguro médico para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor dentro de la red* o, si corresponde, por un *proveedor 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 *cantidad permitido* en el que se incurra por los artículos medicamente necesarios de servicio o suministro *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*;
- recetados y utilizados por el *participante* durante una *admisión hospitalaria*.

Se considerará que un gasto se ha incurrido en la fecha de prestación del servicio por 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 residencial para recibir tratamiento* o un *centro residencial de tratamiento para menor 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 proporciona 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** con el propósito de un ensayo clínico, cualquier enfermedad o condición de salud que pueda causar la muerte, a menos que se interrumpa su curso de la enfermedad o condición.

**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 solicitud 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 de maternidad** significa la atención y los servicios proporcionados para el tratamiento de la condición de embarazo, que no sean *complicaciones del 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 *cantidad 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 médico.

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 médico 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;
- siempre que estén de acuerdo con 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 internado 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 médico y considerará las opiniones de las comunidades médicas nacionales y del estado, las guías y prácticas de *Medicare*, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y la bibliografía revisada por pares. Aunque un *médico*, *proveedor de servicios de salud mental* u otro *proveedor profesional* hayan recetado un tratamiento, es posible que dicho tratamiento no sea *médicamente necesario* bajo 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/metros<sup>2</sup> o un BMI mayor o igual a 35 kg/metros<sup>2</sup> 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 una serie de pruebas completas 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 médico ofrece beneficios. Cualquier *hospital, centro especial de atención médica*, centro o institución que tenga un contrato por escrito con BCBSTX que haya expirado o haya sido cancelado es un *centro sin contrato*.

**Otro proveedor** significa una persona o entidad, que no sea un *hospital* o un *médico*, que tenga la licencia correspondiente para ofrecer a un *participante* un artículo de servicio o suministro descrito en este manual de beneficios 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 en el hogar;
  - 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;
  - l. centro residencial de tratamiento para menor y adolescentes;
  - m. centro de enfermería especializada;
  - n. *centro terapéutico.*
- **Otro proveedor profesional:** una persona o proveedor, únicamente según la lista a continuación, siempre que actúe según el alcance de su licencia y que disponga de una certificación adecuada:
  - a. Enfermera de práctica avanzada (APN);
  - b. 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. Psicólogos asociados (psychological associates) que trabajan bajo supervisión de un Doctor en psicología.

En los estados donde existan requisitos de licencia, otros *proveedores* deben 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 médico para servicios y suministros proporcionados por un *proveedor fuera de la red*.

**Proveedor fuera de la red** se refiere a los *hospitales, médicos, proveedores de salud mental u otros proveedores 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 *cantidad permitido* (que se paga directamente a ellos) y no facturar a los *participantes* por encima del *cantidad permitido*.

**Participante** significa un jubilado, cónyuge o *dependiente* que la cobertura esté vigente bajo este *plan*.

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

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

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

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

**Fecha 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 médico**.

**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 de atención médica* para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *proveedor de servicios de salud mental*, internista, o un Asistente médico (PA) o Enfermera de práctica avanzada (APN) que trabaje bajo la supervisión de uno de estos médicos aquí mencionados.

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

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

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

**Aparatos prostéticos** se refiere a dispositivos artificiales, tales como ojos o extremidades, brazos o 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). Para el propósito 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* de quien la 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:

- personal con dos años de educación universitaria con un Analista Asistente Certificado en Conducta (BCaBA, en inglés) para el paraprofesional o terapeuta;
- un miembro del personal con certificación de Técnico de conducta registrado (RBT, en inglés), para el terapeuta de línea directa vigente 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 del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

**Centro de diálisis** 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 (AAHC);
- 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 menor y adolescentes** significa una institución dedicada al cuidado de los menor 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 Menor 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 menor y adolescentes* con trastornos emocionales.

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

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

- trastornos bipolares (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 de aten para la familia, obstetra o ginecólogo, pediatra, *proveedor de servicios de salud mental*, internista, o un Asistente Médico o Enfermera 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 la solicitud de inscripción y contribuciones han sido recibidas por BCBSTX.

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

**Centro para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias** es un centro que proporciona un programa para el tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias conforme a un plan escrito de tratamiento aprobado y supervisado por un *proveedor de servicios de salud mental* y si un 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 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 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 (por día) 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, significa los *montos permitidos* relevantes según se definan expresamente y se establecen 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 por 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 médicos podrá enmendarse o modificarse en cualquier momento mediante un acuerdo entre el *grupo (TRS)* y BCBSTX.

### El interes 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 se paguen a o en nombre de cualquier beneficiario o *participante* nunca son asignables o transferibles a ninguna 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 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 manual de beneficios, 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*. Las reglas en orden de determinación de beneficios determinarán el orden en que cada plan de salud pagará una reclamación de beneficios. El *seguro médico* que paga primero se llama plan primario. El plan Primario debe 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 médico* que pague después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes igualen el 100 por ciento de los gasto total 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 médico* que cubra a la persona para quien se presenta la reclamación. Cuando un *seguro médico* (incluido este *seguro médico*) proporciona 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 Médico** significa cualquiera de los siguientes (incluido este *seguro médico*) que proporciona beneficios o servicios para un tratamiento o atención médica o por motivo de estos. Si se usan contratos separados para proporcionarle 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 médico** no incluye lo siguiente: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Fondo de Seguros Médicos de Texas; cobertura de seguro de compensación para trabajadores; cobertura de indemnización por internación 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 “de ida y vuelta a la escuela”; beneficios estipulados en contratos de seguros de atención médica a largo plazo por servicios que no son médicos, por ejemplo, cuidado personal, guardería 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 médico 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 reglas 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 médico* y cualquier otro *seguro médico* que le brinde cobertura.

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

1. los beneficios de un *seguro médico* 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 médico* que contenga una disposición que coordine sus beneficios con este *seguro médico* se determinarán antes de determinar los beneficios de este *seguro médico*, los beneficios del otro *seguro médico* se considerarán antes de la determinación de beneficios bajo este *seguro médico*.

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 médico* 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 médico* que cubre a la persona como Dependiente es el secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como consecuencia de la ley federal, Medicare es secundario respecto del *seguro médico* que cubre a la persona como dependiente y Primario respecto del *seguro médico* 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 médico* que cubre a la persona como empleado, asegurado, titular de póliza, asegurado principal o jubilado sea el secundario y el otro *seguro médico* sea el primario. Un ejemplo incluye a un empleado jubilado;
2. **hijo dependiente incluido por más de un seguro médico.** A no ser que exista una orden judicial que establezca lo contrario, los *seguros médico* que cubran a un hijo Dependiente deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que aplican:
  - a. para un hijo dependiente de quien los padres están casados o viven juntos, independientemente de si han estado casados o no:
    - (i) el *seguro médico* del padre de quien cumple años primero en el Año Calendario es el plan primario; o
    - (ii) si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el *seguro médico* que ha incluido el padre por más tiempo es el plan primario.
  - b. para un hijo dependiente de quien los 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 médico* de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese *seguro médico* es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comiencen después de que el *seguro médico* 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. deben 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. deben 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 médico* que cubra al padre que tiene la custodia;
      - (II) el *seguro médico* que cubra al cónyuge del padre que tiene la custodia;
      - (III) el *seguro médico* que cubra al padre que no tiene la custodia; después
      - (IV) el *seguro médico* que cubra al cónyuge del padre que no tiene la custodia.

- c. para un hijo dependiente cubierto por más de un *seguro médico* de personas que no son los padres del hijo, las disposiciones del punto 2.a o 2.b deben 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 médicos* de uno o ambos padres, y con su propia cobertura como dependiente bajo el *seguro médico* de un cónyuge, se aplica lo que indica el siguiente párrafo 5;
  - e. en caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el *seguro médico* del cónyuge comience en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo los *seguros médicos* de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe 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 médico* que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no ha sido despedido ni jubilado es el plan primario. El *seguro médico* 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 médico* 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 médico* 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. **la cobertura de continuación del estado o COBRA.** Si una persona con cobertura bajo la Ley COBRA o bajo un derecho de continuación establecido por ley estatal u otra ley federal, tiene cobertura de otro *seguro médico*, el *seguro médico* 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 médico* 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 médico* 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 médico* que cubre a la persona durante un período menor es el secundario;
  6. si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben compartirse en partes iguales entre los *seguros médico* que alcanzan la definición del *seguro médico*. Además, este *seguro médico* no pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el plan primario.

Cuando este *seguro médico* es secundario, puede reducir sus beneficios, de manera que el total de beneficios pagados o suministrados por todos los *seguros 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 bajo su *seguro médico* 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 médicos* por la reclamación equivalga al 100 por ciento del Gasto Permitido total para esa reclamación. Además, el plan secundario debe 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 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 médicos* de panel cerrado no le corresponde pagar los beneficios, la COB no se puede aplicar entre ese *seguro médico* y los otros *seguros 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. Debe 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.

El propósito de esta disposición, BCBSTX puede, sujeto a requisitos de confidencialidad aplicables establecidos en este Plan, divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización la información necesaria bajo esta disposición. Si reclama beneficios bajo este Plan, debe entregar toda la información que Nosotros consideremos necesaria para implementar esta disposición.

Ninguna de las reglas anteriores en relación con la coordinación de beneficios demorará sus servicios de atención médica cubiertos bajo 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, en la medida de tal exceso, de una o más de las siguientes según lo determinemos: de cualquier persona o personas o para quienes se les hayan realizado pagos, o cualquier compañía o compañías de seguro; u cualquier otra organización 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**

El uso de cualquier género aquí incluido incluirá al otro género y, cuando sea adecuado, el uso del singular incluye el plural, y viceversa.

### **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 reglas y regulaciones del *proveedor de atención médica* seleccionado y están disponibles solo para el tratamiento de enfermedades o lesiones aceptables para el *proveedor de atención médica*.

BCBSTX, TRS, los *proveedores dentro de la red* u otros *proveedores 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 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 no puede ser rescindida, a menos que usted o una 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 proporciona 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.

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

### Derecho de reembolso

En jurisdicciones donde no se reconocen los derechos de subrogación o donde estos están excluidos 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 ocurre cualquiera de estos eventos, usted o sus *dependientes* podrán ser elegibles para continuar con la cobertura. Consulte [La cobertura de continuación 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 por 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.

### **Terminación de la póliza grupal**

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

### **La cobertura de continuación conforme a COBRA**

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

Usted y sus dependientes cubiertos deben leer esta información cuidadosamente para tener un conocimiento general de los derechos y obligaciones de su cónyuge o hijos dependientes bajo la ley COBRA. Este aviso proporciona solo un resumen de los derechos de la cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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 cobertura de continuación de COBRA.

Las personas con derecho a cobertura bajo 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" bajo 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 bajo 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 la cobertura de continuación de 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 máximo de cobertura para un hijo que se agrega a la cobertura de continuación de COBRA se mide a partir de la misma fecha que para los beneficios calificados con respecto al mismo evento elegible y no a partir de la fecha de nacimiento o colocación para adopción.

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

- se requiere que el plan ofrezca 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 termina al ocurrir ciertos eventos calificados. La cobertura de continuación de COBRA que su cónyuge o sus hijos dependientes eligen obtener, en su caso, 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 cobertura de continuación 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 manual de beneficios.

Si su cónyuge o hijos dependientes perdieran la cobertura al ocurrir 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 ocurrió el evento elegible; o (2) la cobertura de la fecha se perdería como resultado del evento elegible. Para que un aviso escrito de un evento elegible sea oportuno, debe ser enviado por correo o enviado de otro modo a TRS-Care el último día del período de notificación de 60 días o antes.

Una vez que TRS-Care reciba la notificación de que ha ocurrido un evento elegible, se le ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios elegibles. La cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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 es notificado a tiempo de un evento elegible o si un beneficiario que califica no elige a tiempo la cobertura de continuación de COBRA, la cobertura de beneficios de la salud grupal para hijos dependientes o cónyuges, bajo el plan, terminará y no podrá restablecerse bajo la ley COBRA.

Su cónyuge o hijos dependientes pueden ser elegibles para optar por continuar con la cobertura bajo otra disposición del plan en lugar de esta cobertura de 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 cobertura de continuación 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 hacen el pago a tiempo de una prima requerida;
  - c. su cónyuge o hijos dependientes están cubiertos bajo otro seguro médico 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 elija la cobertura de COBRA el 102% del costo total al plan durante el período de cobertura de un beneficiario en una situación similar para quien no se ha producido un evento que causo 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 que se haga el pago inicial de COBRA, las contribuciones a 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. Se notificará cualquier cambio en los montos de las contribuciones, se enviará una notificación. La cobertura de continuación de COBRA está sujeta a la elección oportuna de la cobertura de continuación y a la recepción de cualquier contribución requerida que deba pagarse. Si la elección de COBRA es prematuro o los pagos correspondientes no se reciben en el momento adecuado, la cobertura de continuación de COBRA elegida se cancelará de forma permanente y retroactiva al primer día del período durante el cual se aplica el pago perdido. 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 cobertura de continuación de COBRA. Sin embargo, la cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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 la cobertura de continuación de COBRA***

El *patrocinador del plan* es responsable de proporcionarles 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 la cobertura de continuación 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 Médico Grupal del Empleador a partir del 1 de enero de 2022.

Los términos de esta Enmienda sustituyen a los términos en el Manual de Beneficios al cual se adjunta esta Enmienda y pasan a formar parte del 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 son únicamente para el propósito de esta Enmienda. Además, con el propósito 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 está bajo el cuidado de un Proveedor Participante, como se define en este Manual de Beneficios, quien 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. está recibiendo un tratamiento de una condición de salud grave y compleja;
2. está recibiendo atención institucional o como paciente hospitalizado;
3. está programado una Cirugía no electiva por parte del Proveedor (incluida la recepción de cuidados posoperatorios por parte de dicho Proveedor con respecto a dicha Cirugía);
4. está embarazada o se está sometiendo a un tratamiento durante Su embarazo;
5. cuenta con un diagnóstico de una enfermedad terminal.

Una condición de salud grave y compleja es (1) para una enfermedad aguda, es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado y así 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 terminación del Proveedor, o cualquier período más largo previsto por la ley estatal. Si está en el segundo o tercer trimestre del embarazo cuando se realiza la terminación del Proveedor entre en vigencia, la continuidad de la cobertura puede extenderse hasta el parto, el cuidado posparto inmediato y la revisión 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 bajo esta disposición, tal como se explica en el Manual de Beneficios.

## **II. Ley federal de no sorpresas**

### **1. Definiciones**

Las definiciones que figuran a continuación se aplican únicamente a esta Enmienda de la Ley de No Sorpresas. En la medida en que se 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 cubiertos 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 bajo el Plan al cual se adjunta esta Enmienda.

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

“Proveedor Participante” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, con respecto a un servicio 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 bajo el Plan al que se adjunta esta Enmienda, independientemente de si el proveedor se considera un proveedor preferido o dentro de la red el propósito de los beneficios dentro o fuera de la red bajo el Plan en cuestión.

“Centro Participante” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, con respecto al servicio 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 bajo el Plan al que se adjunta esta Enmienda. Sin importar si el proveedor se considera como uno preferido o dentro de la red con el propósito de los beneficios dentro o fuera de la red bajo el Plan en cuestión.

“Monto de Pago Elegible” significa, únicamente a los efectos de esta Enmienda, una mediana de las tarifas contratadas calculada de acuerdo con las leyes, reglamentos o 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 federales contra a la facturación sorpresa de la ley no sorpresas**

a. la Ley federal de No Sorpresas contiene varias protecciones relacionadas con las facturas médicas sorpresa de servicios prestados por Proveedores No Participantes y Centros de Emergencia No Participantes. Los artículos y Servicios 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 cubiertos, 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 por 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 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 cubiertos se calcula con base en el monto más bajo entre lo siguiente:

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

Generalmente, este “precio negociado” será un descuento sencillo que refleja el precio real que paga la licenciataria local de Blue a su proveedor de atención médica. A veces, 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, puede ser un precio promedio basado en un descuento que resulta en un ahorro medio esperado 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 el futuro, también consideran los ajustes para corregir la subestimación o exceso de modificaciones de precios pasados para los tipos de modificaciones de transacciones indicadas anteriormente. Sin embargo, estos ajustes no afectarán el precio que usamos para su reclamación porque no se aplicarán retroactivamente a 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 cubiertos bajo este acuerdo se calculará con base al monto menor ya sea de los cargos cubiertos 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 los Servicios cubiertos se proporcionan fuera del área de servicio del *plan* por proveedores de atención médica no participantes, lo(s) monto(s) que usted pague por dichos servicios se calcularán 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, regulará los pagos por los servicios de emergencia fuera de la red.

### 2. Excepciones

En algunos casos excepcionales, el *plan* puede, aunque no está obligado negociar, a su única y absoluta discreción, un pago con el proveedor de atención médica no participante en una base de excepción. 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 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 facture el proveedor no participante y el pago que Blue Cross and Blue Shield of Texas hará por los Servicios cubiertos, como se establece en este párrafo.

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

Si recibe servicios cubiertos bajo 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, que el *patrocinador del plan* tiene con Blue Cross and Blue Shield de Texas, y el *patrocinador del plan* no impondrá costos 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 médicos (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, a menos que 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, debe 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](http://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 tendrá que hacer

Cuando un *participante* acude a un *proveedor fuera de la red* o utiliza sus servicios, y esto tiene como resultado una reclamación contra el *plan*, TRS supone que el *proveedor* recaudará el *deducible*, el *copago* o el *coseguro* correspondiente del *participante*. Por 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 o no cobran los *deducibles*, los *copagos* y los *montos del coseguro* de los *participantes*, se defrauda y se abusa 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 o no cobra los *deducibles*, los *copagos* y los *montos del coseguro* ya que tales exenciones o fallas de los cobros no se deben contar para los acumuladores del *participante*, y puede sugerir que un *proveedor fuera de la red* está aplicando prácticas destinadas a generar mayores gastos a este *plan*. Si surge una inquietud, TRS puede negarse a pagar una reclamación o puede reducir el pago de una reclamación hasta que reciba evidencias 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**

AUNQUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDEN SER O HAYAN SIDO PROPORCIONADOS EN UN CENTRO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES UTILIZADO PARA SU SEGURO MÉDICO, OTROS SERVICIOS PROFESIONALES PUEDEN SER O HAYAN SIDO PROPORCIONADOS EN O A TRAVES DEL CENTRO POR MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LA RED. ES POSIBLE QUE USTED SEA RESPONSABLE DEL PAGO PARCIAL O TOTAL DE LAS TARIFAS DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES QUE NO ESTAN CUBIERTOS O CUBIERTOS POR SU SEGURO MÉDICO.

# AVISO

## LOS DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A COBRA

**NOTA:** Algunos *grupos* no se verán afectados por la COBERTURA DE CONTINUACIÓN 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 médico *grupal* de su grupo de *jubilados* (el Plan) ha empezado a cubrirlo. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión provisional de cobertura conforme al Plan. **Este aviso generalmente explica la cobertura de continuación 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 cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación 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 COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una 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 cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario elegible”. Usted, su cónyuge y sus *hijos dependientes* podrían pasar a ser beneficiarios elegibles si la cobertura del Plan se pierde debido al evento elegible. Conforme al Plan, los beneficiarios elegibles que elijan la cobertura de continuación COBRA deben 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 COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrece la cobertura de continuación 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.

## **DEBE 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*), debe 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 PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?**

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

La cobertura de continuación 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 cobertura de continuación COBRA dura hasta por 36 meses.

### **SI TIENE PREGUNTAS**

Las preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de la cobertura de continuación 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 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](http://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 empleador para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de la administración de su continuación de la cobertura de COBRA.

# **Información proporcionada por Su grupo**

## LISTA DE EXCLUSIONES DEL PLAN GENERAL

---

La lista general de exclusiones del plan es una lista de medicamentos que están excluidos tanto bajo el beneficio del plan médico como bajo el beneficio del plan de medicamentos recetados. Se puede encontrar en el enlace proporcionado a continuación.

[https://www.express-scripts.com/art/open\\_enrollment/CRP1460401B\\_TRSCareStandardGeneralExclusionList.pdf](https://www.express-scripts.com/art/open_enrollment/CRP1460401B_TRSCareStandardGeneralExclusionList.pdf)

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

### Acerca de Express Scripts Servicios de Beneficios de Farmacia, parte de Evernorth Health Services

Express Scripts Pharmacy Benefit Services, parte de Evernorth Health Services, administra la parte de medicamentos recetados 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 para Medicamentos de Mantenimiento.** También puede recibir sus medicamentos de largo plazo en farmacias locales de la red para medicamentos 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](https://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 TRS-Care Standard incluye un formulario, que es una lista de medicamentos que indica el estado preferido y no preferido. Cada medicamento cubierto está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y también es revisado por un grupo independiente de médicos y farmacéuticos para su seguridad y eficacia. TRS-Care apoya el uso de los medicamentos preferidos en esta lista para ayudar a controlar el aumento de los costos de medicamentos recetados. 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 sin receta (OTC), a \$0 de copago/coseguro. Para recibir estos medicamentos con \$0 de copago/coseguro, debe tener una receta médica autorizada para el producto, la cual debe surtirse en una farmacia dentro 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](#) cubiertos.

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 recetados sin costo para proteger su salud

Su seguro médico 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](https://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 recetados

Usted pagará:

- el reparto de costos más baja para medicamentos genéricos de nivel 1;
- un reparto de los costos más elevados para los medicamentos de marca preferidos de nivel 2;
- un reparto de costos mayor y más altos 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](https://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](https://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 con y sus equivalentes 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 recetados de TRS-Care. Para obtener más información sobre el formulario de su plan, visite [express-scripts.com/trscarestandard](https://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. Por favor, verifique la fecha de caducidad que se encuentra 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 90 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, farmacias de descuentos, supermercados y farmacias independientes. Para encontrar una farmacia local participante, visite [express-scripts.com/trscarestandard](https://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 recetados y pague el monto del coseguro correspondiente. Las farmacias locales participantes dentro 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 90 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 para Medicamentos de Mantenimiento*

Las farmacias dentro de la red para medicamentos de mantenimiento 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 dentro de la red que no presenta el reclamo electrónico, debe presentar una reclamación directa a 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 TRS-Care Standard cubre los gastos asociados al tratamiento de 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 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 cubiertos al 100%, incluso antes del deducible, si los servicios son proporcionados 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 dentro 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 recetados, 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><b>Lista de medicamentos (con cobertura):</b> \$0 de copago para agujas y jeringas.</p> <p><b>Fuera del formulario:</b> Se aplican el deducible y el coseguro</p>
Suministro para 90 días en Retail Maintenance Network o servicio de entrega a domicilio	<p><b>En la Lista de medicamentos:</b> \$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><b>Fuera del formulario:</b> Se aplican el deducible y el coseguro</p>

Para que el Plan TRS-Care Standard 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](http://express-scripts.com/trscarestandard).

La 87ª Legislatura de Texas aprobó el Proyecto de Ley Estatal (SB) 827, lo que hace que la insulina sea menos costosa para quienes estén en el plan TRS-Care Standard. Las insulinas en la lista de medicamentos se limitarán a \$25 para un suministro de 31 días y \$75 para un suministro de 60 a 90 días. Usted no tendrá que cumplir con su deducible y no pagará el costo total de la insulina. Solo pagará un copago para la insulina cubierta, 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](http://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 económica para los participantes que toman medicamentos a largo plazo (como los 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 dentro 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 se encuentra en el formulario de pedido. Si hay un saldo pendiente, 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 para la persona que receta: 1-800-903-6224

Número de fax para 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](http://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 antes de la 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 para un suministro 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 como indica por escrito, autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad**

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

#### ***Surtimiento de recetas como indica por escrito del médico***

Si surte una receta 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 médicamente necesaria” en la receta médica.

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 los de marca en cuanto a la seguridad, la fortaleza, el rendimiento, la calidad y la dosificación. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares cuestan mucho menos que los medicamentos de marca, tanto para usted como para TRS-Care.

**Si obtienes un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico o biosimilar disponible, será responsable del copago genérico o biosimilar más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Esta diferencia de costo no cuenta para su deducible ni para el gasto máximo de bolsillo.**

#### ***Terapia escalonada***

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

Si es médicamente necesario, puede obtener cobertura para un medicamento de tratamiento de terapia escalonada sin probar primero un medicamento de requisito previo. En este caso, su médico debe solicitar la cobertura del medicamento de terapia s 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 es elegible para la cobertura bajo TRS-Care.**

### **Administración de cantidades**

Para promover un tratamiento farmacológico seguro y eficaz, es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan restricciones de cantidad. Estas restricciones de cantidad se basan en las guías aprobadas clínicamente o por el 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, es posible que no reciba más de 54 tabletas dentro de un período de 90 días sin una revisión de cobertura por parte de Express Scripts y su médico.

Si está planificando 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 recetados 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 ha recibido 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 escalonada, 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 la 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 la cobertura ha sido autorizó;
- si no se autoriza la cobertura, es posible que usted deba pagar el costo total. Si es apropiado, 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 de Express Scripts.

## Accredo, un programa de farmacia de medicamentos especializados 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://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://express-scripts.com/trscarestandard).

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 de esta lista están sujetos a cambios.

En general, los medicamentos especializados no tendrán cobertura en ninguna farmacia, a menos que 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, la cobertura puede permitirse a través de un proveedor alternativo, más comúnmente para medicamentos especializados de distribución limitada, donde Accredo no tiene acceso al medicamento.

### Beneficios importantes 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](https://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.

\* No disponible para todos los medicamentos especializados

### Enfermería de infusión Accredo y administración del centro de atención para medicamentos especializados

Los servicios de enfermería de infusión para ciertos medicamentos especializados que se administran en el hogar y/o en un centro de infusión ambulatorio están cubiertos a través del beneficio de farmacia y son coordinados y dispensados por la Farmacia Especializada Accredo. Para medicamentos especializados que no son oncológicos que requieran la administración de un profesional médico, una enfermera del Equipo de Cuidados Accredo trabajará con usted y con su proveedor para evaluar su historial clínico y determinar opciones clínicamente adecuadas (ubicación para su infusión) para los medicamentos especializados de infusiones clínicas. Las opciones pueden incluir atención en el domicilio, un centro ambulatorio de infusiones, consulta médica, etc. Las enfermeras del Equipo de Cuidados Accredo se comunicarán con todos los miembros afectados para ayudar y orientarle. Ya sea que estén administrados por un profesional de la salud, auto-inyectado, o tomado por vía oral, los medicamentos especializados requieren un nivel de servicio enriquecido.

### ¿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 especializados 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 Beneficio de Asistencia por Copago Administrado**

TRS se ha asociado con SaveOnSP para ayudar a reducir el costo de ciertos medicamentos especializados. SaveOnSP administra este beneficio con Express Scripts Accredo Specialty Pharmacy para apoyar a los miembros elegibles.

No todos los medicamentos especializados están incluidos. Si su medicamento especializado está en la lista de medicamentos de beneficios, SaveOnSP se comunicará con usted para proporcionarle información sobre el programa y ayudarle con la participación, lo que puede reducir su costo a tan solo \$0.

Los fabricantes de medicamentos requieren que se inscriban en su programa de asistencia para copagos para recibir ayuda financiera. Debería comunicarse con SaveOnSP en el (800) 683-1074 para obtener más información.

Usted será responsable del costo completo de los medicamentos especializados de acuerdo con el beneficio de su plan si decide por no participar en el programa de asistencia de copago o si no es elegible para la asistencia de copago del fabricante de medicamentos por cualquiera de las siguientes razones:

- Está inscrito directamente en un programa de asistencia para copagos del fabricante fuera de SaveOnSP.
- El fabricante del medicamento o el administrador del programa lo considera no elegible.
- No se inscribe en el programa requerido de asistencia para copagos del fabricante a través de SaveOnSP.

#### **Nota importante:**

La lista de medicamentos de beneficio se puede actualizar periódicamente. Cualquier asistencia de copago pagada por el plan o el fabricante en su nombre, independientemente de la participación en el beneficio, no contará para su deducible o máximo de bolsillo (MOOP), a menos que la ley lo requiera.

Los programas de asistencia de copagos del fabricante no están disponibles para los miembros inscritos en ningún programa de seguro del gobierno, incluyendo Medicare, Medicaid, TRICARE, programas del Departamento de Defensa o cualquier otro programa estatal o federal.

### **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 \(express-scripts.com\)](https://www.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 presenta una reclamación secundaria electrónicamente 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. Entonces usted es responsable del pago del saldo pendiente.

Si no hubo otra cobertura, el beneficio secundario no será superior a su beneficio bajo TRS-Care. Las reclamaciones se pagan o niegan según las reglas del plan.

## Exclusiones del plan para medicamentos recetados

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](https://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 algún gasto que no esté cubierto es contrario a una ley a la que esté sujeto el plan, la disposición se modifica 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 comprado sin receta médica; comúnmente se llaman medicamentos sin receta (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 que cuente con autorización previa;
- cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento; algunas vacunas están exentas;
- productos de plasma o sangre (a menos que factores de hemofilia);
- medicamentos con implicaciones cosméticas;
- medicamentos de marca con alternativas genéricas, formas de dosis más bajas o equivalentes sin receta;
- 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 escalonada 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 negado 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 antes de que pasen 15 días después de recibir una solicitud previa al servicio, que no sea una reclamación de atención médica urgente, si Express Scripts tiene información suficiente para decidir su reclamación. Para reclamaciones posteriores al servicio, se le notificará la decisión antes de que pasen 30 días después de recibir la reclamación posterior al servicio, si se ha proporcionado toda la documentación correspondiente a 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 tiene la información necesaria para completar la revisión, se le notificará para solicitar la información faltante dentro de los 15 días siguientes al recibir su reclamación por servicio previo y 30 días al recibir 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 antes de que pasen 15 días después de recibir 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 negada y tendrá derecho a apelar, tal como se describe a continuación.

### **Reclamaciones urgentes (revisiones urgentes)**

Una reclamación de atención médica 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 urgente, Express Scripts le notificará su decisión lo antes posible, antes de que pasen, 72 horas después de recibir 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 al recibir 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 después de recibir la información. Si la información faltante no se recibe dentro de esas 48 horas, la reclamación se considera negada 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 recetados (incluida una reclamación que se considere negada porque la información que falta no se envió a tiempo), tiene derecho a apelar la determinación adversa de beneficios por escrito en un plazo de 180 días después de recibir el aviso de la decisión de cobertura inicial. La apelación puede iniciarla usted o su representante autorizado (como su médico). Para iniciar una apelación de cobertura, proporcione por escrito la siguiente información:

- su nombre
- número de identificación de Express Scripts;
- el número de teléfono;
- el medicamento con receta por el cual se ha negado la cobertura de los beneficios;
- el código de diagnóstico y los códigos de tratamiento a los que corresponde la receta médica (junto con la explicación correspondiente para esos códigos);
- cualquier información adicional que pueda ser relevante para su apelación. Esta información 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 al recibir su solicitud por escrito para reclamaciones previas al servicio. Tiene derecho a una revisión imparcial y completa de su reclamación. Cuenta con el derecho de revisar su expediente; el derecho de recibir, bajo una solicitud y sin costo alguno.

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

Si se niega su apelación de segundo nivel y usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de segundo nivel, puede iniciar una revisión externa. Los detalles sobre el proceso para apelar su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en 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 negada porque la información faltante no se envió oportunamente) si su situación es urgente. Una situación urgente es en la que el período para las determinaciones de atención médica que no es urgente podría perjudicar seriamente la vida del asegurado, su salud o la habilidad para recuperarse por completo, o, según la opinión de un médico con conocimiento de su condición 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.

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

Además, en situaciones urgentes, también tiene el derecho a solicitar de 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, debe agotar el proceso interno de revisión de reclamaciones descrito anteriormente, a menos que su reclamación y sus apelaciones no se hayan revisado de acuerdo con todos los requisitos legales relacionados con reclamaciones de beneficios de farmacia y apelaciones, o que se trate de una apelación 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 aleatoriamente 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 del calendario y le enviará a usted y a Express Scripts un aviso de la decisión por escrito. Si no está satisfecho o no está de acuerdo con la decisión, su carta de determinación contendrá la información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor del seguro médico o de un defensor del consumidor.

### **Medicamentos genéricos alternativos, medicamentos genéricos equivalentes y medicamentos biosimilares**

Un medicamento que generalmente se vende con el nombre de sus ingredientes activos (los productos químicos que lo hacen funcionar) en lugar de bajo el nombre de una marca. Un genérico o biosimilar suele ser mucho menos costoso que su alternativa de marca. Hay dos clasificaciones de medicamentos genéricos: los medicamentos genéricos equivalentes están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), contienen los mismos ingredientes activos, y son equivalentes a los de marca en cuanto a seguridad, concentración, rendimiento, calidad y formulación. Los medicamentos genéricos alternativos son medicamentos genéricos aprobados por la FDA, los ingredientes activos son diferentes de los de otro medicamento de marca.

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

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

Tanto los biosimilares como los biosimilares intercambiables deben cumplir las rigurosas normas de la FDA para obtener la aprobación asegurando que sean tan seguros y efectivos como el producto de referencia original. Una vez aprobados, se pueden recetar biosimilares en lugar de los productos de referencia. Antes de la aprobación, la FDA evalúa si dicha sustitución pudiera causar problemas de seguridad o eficacia. TRS trata los biosimilares como equivalentes a los de marca y aplica la

penalización “Surtir según las instrucciones” (DAW, en inglés) cuando se solicite el medicamento de marca en lugar del biosimilar aprobado.

## 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 recetados.

- 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 recetados del plan TRS-Care Standard

### 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 TRS-Care Standard, 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 recetados. Deducible dentro de la red: \$1,700 en cobertura para jubilación solamente; \$3,400 en cobertura para la familia.

\* Si compra 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](https://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 recetados;
- ubicar las farmacias locales.

Desde este sitio, puede consultar los costos de los medicamentos para su plan TRS-Care Standard, acceder a la lista de medicamentos preventivos genéricos únicamente de TRS de 2024 para el plan TRS-Care Standard 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 recetados médica desde cualquier lugar. Puede solicitar resurtidos, revisar los costos de los medicamentos, ver su tarjeta de asegurado para medicamentos recetados y buscar una farmacia de la red en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar la aplicación en su iPhone o teléfono Android.

