

Guía para Miembros 2012

Plan B-Spanish



CoverTN es un Plan de Beneficios Limitado y no brinda protección financiera en caso de una enfermedad seria o accidente.

MANUAL PARA MIEMBROS DE COVERTN

AVISO

LEA ESTE MANUAL PARA MIEMBROS ATENTAMENTE Y GUÁRDELO EN UN LUGAR SEGURO PARA CONSULTARLO EN EL FUTURO. EXPLICA SU COBERTURA A TRAVÉS DE COVERTN. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS O ACERCA DE ALGÚN OTRO ASUNTO RELACIONADO CON SU MEMBRECÍA AL PLAN, ESCRÍBANOS O LLÁMENOS AL:

**DEPARTAMENTO DE SERVICIO PARA MIEMBROS DE
COVERTN
BLUECROSS BLUESHIELD OF TENNESSEE, INC.
1 CAMERON HILL CIRCLE
CHATTANOOGA, TENNESSEE 37402-2555**

(888) 887-3224

(866) 591-2908 TTY/TDD

www.BCBST.com

Horario de atención:

8:00 a.m. – 6:00 p.m., hora del Este, L - V

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ESTADO EXENTO POR DERECHOS ADQUIRIDOS CONFORME A LA SECCIÓN 1251 DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE.....	1
AVISO	2
¿QUÉ ES UN PLAN DE PPO?	4
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	4
RELACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE LA RED	6
INDEPENDENT LICENSEE OF THE BLUECROSSBLUESHIELD ASSOCIATION	6
ELEGIBILIDAD	7
INSCRIPCIÓN.....	8
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA.....	9
FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA	11
PROGRAMA BLUECARD PPO.....	13
RECLAMACIONES Y PAGO	15
POLÍTICA MÉDICA Y ADMINISTRACIÓN MÉDICA	17
SUBROGACIÓN Y DERECHO DE RECUPERACIÓN.....	19
PROCEDIMIENTO DE QUEJAS FORMALES	20
CLÁUSULAS GENERALES	25
DEFINICIONES.....	26
AVISO RESPECTO DE LOS CERTIFICADOS DE LA COBERTURA ACREDITABLE.....	35
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	36
ANEXO A: SERVICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS.....	40
ANEXO B: EXCLUSIONES DE LA COBERTURA	55
ANEXO C: PROGRAMA DE BENEFICIOS	58

INTRODUCCIÓN

Este Manual para Miembros describe los términos y las condiciones de su Cobertura. “Usted”, “su” y “Miembro” significan la persona elegible e inscrita para los beneficios conforme al programa CoverTN (“Plan”). “Nosotros” y “nuestro” significa BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. (BCBST), el administrador del plan. “Cobertura” significa los beneficios que los Miembros tienen derecho a recibir conforme a este Plan.

LEA ESTE MANUAL PARA MIEMBROS ATENTAMENTE. Describe sus derechos y obligaciones como Miembro. Es importante que lea el Manual para Miembros completo. Ciertos servicios no están cubiertos por el plan. Otros servicios cubiertos están limitados. El plan no pagará los costos de ningún servicio que no esté definido específicamente como Servicio Cubierto, aun cuando el proveedor de atención médica recomiende o recete dicho servicio no cubierto. (Consulte Anexos A-D).

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE QUEJA FORMAL EN RELACIÓN CON SU COBERTURA SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE MANUAL PARA MIEMBROS DEBERÁN RESOLVERSE DE CONFORMIDAD CON LO DEFINIDO EN LA SECCIÓN “PROCEDIMIENTO DE QUEJAS FORMALES” DEL PRESENTE MANUAL PARA MIEMBROS.

A fin de facilitar la lectura y la comprensión de este Manual para Miembros, las palabras definidas están en mayúsculas. Dichas palabras están definidas en la sección “DEFINICIONES” del presente Manual para Miembros.

Comuníquese con uno de los representantes del Servicio de Atención al Miembro del Plan, llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro, si tiene preguntas al leer este Manual para Miembros. Asimismo, los representantes de nuestro Servicio de Atención al Miembro están disponibles para analizar otros asuntos relacionados con su Cobertura del Plan.

ESTADO DE EXENTO POR DERECHOS ADQUIRIDOS CONFORME A LA SECCIÓN 1251 DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE

Este emisor de seguro médico considera que esta cobertura es un “plan de salud exento por derechos adquiridos” según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Ley de Cuidado de Salud Asequible). De conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud exento por derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en efecto cuando la ley fue promulgada. Pertenecer a un plan de salud exento por derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la provisión de servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud exentos por derechos adquiridos deben cumplir con otras determinadas protecciones para el consumidor en la Ley de Cuidado de Salud Asequible, por ejemplo, la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas respecto a cuáles protecciones se aplican y cuáles no a un plan de salud exento por derechos adquiridos y qué podría causar que el estado del plan de salud exento por derechos adquiridos cambie, pueden dirigirse al administrador a:

Departamento de Servicio para Miembros de CoverTN
BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc.
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, Tennessee 37402

(888) 887-3224
(866) 591-2908 TTY/TDD

www.BCBST.com

Horario de atención:
8:00 a.m. – 6:00 p.m., hora del Este, L - V

AVISO

La Ley de Protección al Paciente prohíbe que los planes de salud apliquen límites arbitrarios sobre la cantidad de dinero por debajo de un monto específico en la cobertura para ciertos beneficios. Este año, si un plan aplica un límite sobre la cantidad de dinero en la cobertura que proporciona para ciertos beneficios en un año, ese límite debe ser por lo menos de \$1.25 millones.

Su cobertura de salud, ofrecida por CoverTN, no cumple con los estándares mínimos requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible descrita arriba.

Su cobertura tiene un límite anual de:

- **\$25,000 en todos los servicios cubiertos**
- **\$500 en Servicios de atención médica a domicilio**
- **\$5,000 en Atención en Centro de Cuidados Paliativos**
- **\$15,000 en servicios de salud del comportamiento para pacientes internados**

Y un límite trimestral de:

- **\$75 en medicamentos recetados (genéricos)**

Esto significa que su cobertura de salud podría no pagar por todos los gastos de atención médica en los que usted podría incurrir. Por ejemplo: una estadía en un hospital cuesta

aproximadamente \$1,853 por día. A este costo, su seguro solo pagaría por 5 días.

El estado, en nombre de su plan de salud, ha solicitado al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos anular el requisito para proporcionar cobertura para ciertos beneficios clave de por lo menos \$1.25 millones este año. Su plan de salud estableció que si alcanza este límite mínimo sobre la cantidad de dinero este año tendría como resultado un aumento significativo en sus primas o una disminución significativa en su acceso a beneficios. En base a esta representación, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos ha anulado el requisito para su plan hasta el 31 de diciembre de 2013. Si está preocupado acerca de los límites sobre la cantidad de dinero más baja del plan en beneficios clave, usted y su familia pueden tener otras opciones para cobertura de atención médica. Para obtener más información, consulte www.HealthCare.gov.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este aviso, comuníquese al:

**DEPARTAMENTO DE SERVICIO PARA MIEMBROS
DE COVERTN
BLUECROSS BLUESHIELD OF TENNESSEE, INC.
1 CAMERON HILL CIRCLE
CHATTANOOGA, TENNESSEE 37402-2555
(888) 887-3224
(866) 591-2908 TTY/TDD**

Además, puede comunicarse con el:

**Departamento de Comercio y Seguro de Tennessee
Consumer Affairs Division
500 James Robertson Parkway
Nashville, Tennessee 37243-0600
(615) 741-4737
(800) 342-8385 (dentro de Tennessee)
(615) 532-4994 (fax)
Consumer.affairs@tn.gov**

¿QUÉ ES UN PLAN DE PPO?

La Organización de Proveedor Preferido (PPO) de BlueCross BlueShield of Tennessee le brinda la oportunidad de elegir los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica. Hemos celebrado un contrato con una red de instituciones y profesionales de atención médica. Dichos Proveedores, llamados Proveedores de la Red, aceptan los planes de pago especiales.

Su Plan ofrece beneficios solo cuando utiliza Proveedores de la Red. Si recibe servicios de un Proveedor Fuera de la Red, no se pagarán los beneficios correspondientes. Una vez que haya alcanzado su Límite Anual de Beneficios, solo deberá pagar los cargos que no superen el Cargo Máximo Permitido por los servicios recibidos de Proveedores de la Red. Debe pagar todos los cargos del Proveedor Fuera de la Red. Anexo C: Programa de Beneficios, detalla sus beneficios en relación con los servicios recibidos de Proveedores de la Red. El Anexo C también le indica que el mismo servicio podría ser pagado de otra forma en función del lugar donde recibe el servicio.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

Una vez que su Cobertura entra en vigencia, recibirá una tarjeta de identificación (ID) de miembro. La tarjeta de identificación de miembro es la clave para recibir los beneficios del plan de salud. Llévela siempre con usted.

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios médicos, especialmente cuando un Proveedor le recomienda la hospitalización.

El número del Servicio de Atención al Miembro figura en su tarjeta de identificación de miembro. Es un número de teléfono importante. Llame a este número si tiene alguna pregunta. Asimismo, llame a este número si recibe servicios hospitalarios de Proveedores fuera de Tennessee para asegurarse de que se hayan seguido todos los procedimientos de Autorización Previa.

En caso de robo o extravío de la tarjeta de identificación de miembro, llame al número gratuito que figura en la portada de este Manual para Miembros. El Departamento de Servicio para Miembros lo ayudará a obtener una tarjeta nueva. Puede registrar su número de identificación en este libro.

Importante: Cada vez que vaya a un consultorio médico, hospital, farmacia u otro centro de atención médica, deberá presentar la tarjeta de identificación de miembro.

Pautas para Aprovechar sus Beneficios al Máximo

1. Siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro y muéstrele antes de recibir atención.
2. Siempre utilice Proveedores de la Red, incluidas farmacias, proveedores de equipos médicos duraderos y Proveedores de terapia de infusión a domicilio. Consulte el Anexo A para obtener más información sobre los Proveedores de la Red. Llame al Departamento de Servicio para Miembros para verificar que un Proveedor sea un Proveedor de la Red.
3. Asegúrese de preguntar al Servicio de Atención al Miembro si el Proveedor se encuentra dentro de la Red específica que se indica en su tarjeta de identificación de miembro. Debido a que BCBST cuenta con varias redes de PPO, es posible que

un Proveedor esté en una red BCBST, pero no en todas nuestras redes. Para más información sobre Proveedores de cada red de PPO, consulte nuestro sitio web www.BCBST.com.

4. Para que usted sepa si BCBST considera que un servicio recomendado es Médicamente Necesario, consulte nuestro Manual sobre Políticas Médicas en www.BCBST.com.
5. Utilice la red de BlueCard PPO siempre que necesite recibir Servicios Cubiertos fuera de Tennessee. Llame al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para acceder a un Proveedor de la Red fuera de Tennessee.
6. En una Emergencia verdadera, es conveniente acudir a una Sala de Emergencias (consulte la definición de Emergencia en la Sección Definiciones de este Manual para Miembros). Sin embargo, la mayoría de las afecciones no son casos de Emergencia y es conveniente atenderlas mediante una llamada al consultorio médico. También puede llamar al médico en la noche o durante el fin de semana en los lugares donde nuestros médicos de la red proporcionan cobertura profesional para la atención médica y devolución de su llamada.
7. Solicite que su Proveedor informe cualquier admisión de Emergencia a BCBST dentro de las 24 horas o al día siguiente.
8. Su Proveedor de la Red debe obtener toda Autorización Previa requerida.
9. Informe a nuestro Departamento de Servicio para Miembros llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro, en caso de que haya algún cambio de la siguiente información sobre usted o su cónyuge:
 - a. Nombre.
 - b. Dirección.
 - c. Número de teléfono.
 - d. Empleo (cambio de compañía o finalización de empleo).
 - e. Estado de cualquier otro seguro médico que pueda tener.
 - f. Matrimonio.
 - g. Fallecimiento.

Empleadores Participantes

Su Empleador o el de su cónyuge pueden haber acordado ser parte de CoverTN. Si es así, el Empleador habrá notificado al Estado. Además, el Empleador nos enviará un Acuerdo de Empleadores Participantes ("PEA"). Si el Empleador deja de ser parte de CoverTN, usted puede conservar su Cobertura. Esto se explicará más adelante.

RELACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE LA RED

A. Contratistas Independientes

Proveedores de la Red que celebran contratos con nosotros y nosotros acordamos pagarles por prestar los Servicios Cubiertos a usted. Los Proveedores de la Red son únicamente responsables de tomar todas las decisiones sobre tratamientos médicos después de la consulta con sus pacientes Miembro. Bajo ninguna circunstancia tomamos ninguna decisión sobre tratamientos médicos. Nuestras decisiones están limitadas a decidir qué servicios se consideran Servicios Cubiertos conforme a su Plan. Los Proveedores de la Red no son nuestros empleados, agentes o representantes.

Tenemos la autoridad discrecional para tomar determinaciones acerca del beneficio o la elegibilidad e interpretar los términos de su Cobertura según este Plan (“Decisiones de Cobertura”). Tomamos dichas Decisiones de Cobertura en función de los términos del presente Manual para Miembros, nuestras Políticas de beneficios, sus acuerdos de participación con los Proveedores de la Red y las leyes estatales o federales aplicables.

Tenemos acuerdos de participación con los Proveedores de la Red. Estos acuerdos permiten a los Proveedores de la Red cuestionar nuestras Decisiones de Cobertura si no están de acuerdo con tales decisiones. En caso de que su Proveedor de la Red no cuestione una Decisión de Cobertura, usted puede solicitar la reconsideración de dicha decisión, como se explicó en la sección Procedimiento de Quejas Formales del presente Manual para Miembros. El acuerdo de participación exige que los Proveedores de la Red le expliquen completamente y con imparcialidad nuestras Decisiones de Cobertura, cuando lo solicite, si usted decide solicitar que reconsideremos alguna Decisión de Cobertura.

Hemos establecido varios acuerdos de incentivo a fin de alentar a los Proveedores de la Red para que le presten los Servicios Cubiertos de manera adecuada y rentable. Puede solicitar información sobre el acuerdo de pago de su Proveedor a través de nuestro Departamento de Servicio para Miembros.

B. Finalización de la Participación del Proveedor

Nosotros o un Proveedor de la Red podemos finalizar la relación con el otro en cualquier momento. Un Proveedor de la Red también puede limitar la cantidad de Miembros que aceptará como pacientes. No prometemos que siempre estará disponible un Proveedor de la Red específico para prestarle servicios mientras usted se encuentra cubierto por este Plan.

LICENCIATARIO INDEPENDIENTE DE BLUECROSS BLUESHIELD ASSOCIATION

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. es una corporación independiente que opera con una licencia de BlueCross BlueShield Association (la “Asociación”). Dicha licencia nos permite utilizar las marcas de servicio de la Asociación dentro de su ubicación geográfica asignada. El Plan no es una empresa conjunta, un agente ni un representante de la Asociación ni ningún otro tipo de licenciataria independiente de la Asociación.

ELEGIBILIDAD

Los requisitos de elegibilidad para los negocios y miembros participantes están determinados por el Estado. Las pautas del Estado sobre la elegibilidad pueden encontrarse en:

http://www.covertn.gov/web/covertn_eligible.html

INSCRIPCIÓN

Los solicitantes elegibles pueden inscribirse para solicitar Cobertura para ellos mismos y sus cónyuges según se indica en esta sección. Ninguna persona es elegible para inscribirse nuevamente si nosotros anteriormente terminamos su Cobertura con causa.

A. Período de Inscripción Inicial

Los empleados nuevos de un Empleador Participante deben inscribirse dentro de los 30 días a partir de la fecha de contratación.

Todos los solicitantes elegibles deben: (1) incluir toda la información solicitada, (2) firmar y (3) presentarnos un Formulario de Inscripción de CoverTN durante el Período de Inscripción Inicial. Luego del Período de Inscripción Inicial, la inscripción se limita al Período de Inscripción Abierta o está sujeta a un Evento Calificador.

B. Período de Inscripción Abierta

Los Empleados elegibles de un Empleador Participante pueden inscribirse para solicitar Cobertura para ellos mismos y sus cónyuges durante el Período de Inscripción Abierta de CoverTN en octubre de cada año. El Empleado debe: (1) incluir toda la información solicitada, (2) firmar y (3) presentarnos un Formulario de Inscripción durante ese Período de Inscripción Abierta.

C. Cómo Añadir un Cónyuge

Una vez que el Empleado está cubierto, puede solicitar añadir a su cónyuge, quien resultó elegible luego de que se inscribió el Empleado Cubierto, de la siguiente manera:

1. Se puede añadir al cónyuge si el Empleado Cubierto completa y presenta un Formulario de Inscripción firmado al Plan dentro de los 30 días a partir de la fecha en que contrajeron matrimonio.
2. Se puede añadir un cónyuge durante la Inscripción Abierta.

D. Inscripción Tardía

Los Empleados o sus cónyuges que no se inscriben cuando son elegibles para la Cobertura según (A), (B) o (C), mencionados arriba, pueden inscribirse:

1. Durante un Período de Inscripción Abierta subsiguiente; o
 - a. Dentro de los treinta (30) días de un Evento Calificador.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

Si usted es elegible, se ha inscrito y ha pagado la Prima para la Cobertura o alguien la ha pagado en su nombre, la Cobertura conforme a este Manual para Miembros entrará en vigencia la primera de las siguientes fechas.

A. Fecha de Entrada en Vigencia del Acuerdo del Empleador Participante (para los Empleados de los Empleadores Participantes)

La Cobertura inicial a través del Plan entrará en vigencia el día de entrada en vigencia del PEA si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad a partir de dicha fecha.

B. Inscripción Durante un Período de Inscripción Inicial

Si procesamos el Formulario de Inscripción entre el 1.^{er} y el 15.^o día del mes, la Cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior al procesamiento del Formulario de Inscripción del solicitante elegible por nuestra parte. Si procesamos el Formulario de Inscripción entre el 16.^o y el último día del mes, la Cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes posterior al procesamiento del Formulario de Inscripción.

C. Inscripción Durante un Período de Inscripción Abierta

La Cobertura entrará en vigencia el 1.^o de enero del siguiente año.

D. Inscripción Posterior a un Evento Calificador

Si procesamos el Formulario de Inscripción entre el 1.^{er} y el 15.^o día del mes, la Cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior al procesamiento del Formulario de Inscripción del solicitante elegible por nuestra parte. Si procesamos el Formulario de Inscripción entre el 16.^o y el último día del mes, la Cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes posterior al procesamiento del Formulario de Inscripción.

E. Empleados Recientemente Elegibles de un Empleador Participante

Si procesamos el Formulario de Inscripción entre el 1.^{er} y el 15.^o día del mes, la Cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior al procesamiento del Formulario de Inscripción del empleado elegible por nuestra parte. Si procesamos el Formulario de Inscripción entre el 16.^o y el último día del mes, la Cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes posterior al procesamiento del Formulario de Inscripción.

F. Pago de Primas

CoverTN forma parte del programa Cover Tennessee. Si el Empleador es un Empleador Participante en el programa:

1. El Estado paga 1/3 de la prima
2. El Empleador paga 1/3 de la prima.
3. El Empleado Cubierto paga 1/3 de la prima.

Si usted es el o la Cónyuge, es posible que el Empleador no pague una parte de la prima.

Si el Empleador es un Empleador Participante y usted vive en uno de los estados colindantes:

1. El Estado no paga ninguna prima.
2. El Empleador o el Miembro pagan la parte del Estado además del 1/3 de la Prima correspondiente.

Si usted es un Empleado que reside en Tennessee y deja su empleo, pero mantiene la Cobertura CoverTN:

1. El Estado paga 1/3 de la prima.
2. Usted paga 2/3 de la prima.

Si usted reside en Tennessee y su Empleador deja de formar parte del programa CoverTN, pero usted conserva su Cobertura CoverTN:

1. El Estado paga 1/3 de la prima.
2. Usted paga 2/3 de la prima.

Si el Empleador es un Empleador no Participante:

1. El Estado paga 1/3 de la prima.
2. Usted paga 2/3 de la prima.

Si usted es un Empleado Independiente:

1. El Estado paga 1/3 de la prima.
2. Usted paga 2/3 de la prima.

Si usted es Habitante de Tennessee Desempleado:

1. El Estado paga 1/3 de la prima.
2. Usted paga 2/3 de la prima.

Su Prima varía a medida que cumple determinada edad. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de cada año.

El Estado determina la prima y la suma que pagará. Esto puede cambiar. En dicho caso le informaremos con antelación.

FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

A. Finalización

Usted puede solicitar la finalización de su Cobertura en cualquier momento. Las solicitudes de finalización deben realizarse por escrito. La finalización entrará en vigencia el último día del mes calendario durante el cual recibimos el aviso por escrito. Puede enviar una solicitud por escrito a:

BlueCross BlueShield of Tennessee
Membership Administration CoverTN 4.2
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, TN 37402

Si usted finaliza su Cobertura conforme a este Plan, saldrá del programa CoverTN. Podemos finalizar su Cobertura si:

1. Los términos y las condiciones del programa CoverTN cambian;
2. El programa CoverTN finaliza;
3. Usted ha proporcionado Información Básica Falsa Importante o ha cometido fraude en contra del Plan. Esto incluye, entre otras cosas, suministrar información incorrecta o engañosa, o permitir el uso inadecuado de la tarjeta de identificación de miembro;
4. Usted se inscribe para solicitar cobertura en Medicare o en Medicaid;
5. Usted se muda de estado y no trabaja para un Empleador Participante; o
6. No recibimos la Prima requerida para su Cobertura cuando está vencida. El hecho de que usted haya pagado una contribución de la Prima al Empleador no evita que el Plan termine su Cobertura si el Empleador no puede presentar la Prima completa para su Cobertura según el Plan cuando está vencida, o
7. Usted no puede realizar el Pago del Miembro requerido; o
8. No tiene fondos suficientes en su cuenta bancaria para cubrir la prima en tres oportunidades dentro de un período de 12 meses sucesivos.
9. Usted no cumple con las cláusulas del Plan.
10. Usted fallece.

La finalización entrará en vigencia el último día del mes calendario posterior al mes del aviso.

B. Período de Gracia

Tiene un Período de Gracia de 31 días para pagar la Prima. Un Período de Gracia es un tiempo específico después de vencida su Prima durante el cual puede pagar su Prima, sin pérdida de la Cobertura.

Si paga la Prima durante el Período de Gracia, su Cobertura continuará y se reconocerán las reclamaciones por los Servicios Cubiertos incurridos durante el Período de Gracia.

Si no paga la Prima, en su totalidad, para la fecha de vencimiento o durante el Período de Gracia, su Cobertura finalizará retroactiva a la última fecha que pagó la prima. Podemos suspender los pagos a los Proveedores que le prestan servicios

durante el Período de Gracia. Deberá pagar los cargos de los Proveedores por los servicios prestados durante el Período de Gracia.

C. Reinstauración

Si su Cobertura finaliza, puede solicitarnos la reinstauración de su Cobertura. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe estar firmada. Para reinstaurar, debe solicitar la reinstauración dentro de los 60 días posteriores a la finalización. Será notificado dentro de los 45 días posteriores a su solicitud en caso de recibir la reinstauración. Si su Cobertura se reinstaura, no tendrá una brecha en la misma. Debe pagar la Prima requerida para el período completo en que transcurrió su Cobertura. Debe pagarla dentro de los 30 días de ser notificado de su reinstauración aprobada. La reinstauración solo tendrá lugar una vez que haya enviado a su cuenta la Prima para el período completo en que transcurrió su Cobertura. Le reinstauraremos la Cobertura solo dos veces dentro del período de 12 meses.

D. Derecho a Solicitar una Audiencia

Usted puede apelar a la terminación de su Cobertura con causa, como se explicó en la sección Procedimiento de Quejas Formales del presente Manual para Miembros. El hecho de que usted haya apelado no pospondrá ni evitará que nosotros terminemos su Cobertura. Si se reinstaura su Cobertura como parte del Procedimiento de Quejas Formales, puede presentarnos cualquier reclamación por los servicios prestados una vez finalizada su Cobertura para que lo consideremos, según la sección “Procedimiento de Reclamaciones” del presente Manual para Miembros.

E. Pago por Servicios Prestados una vez Finalizada la Cobertura

Los servicios recibidos una vez finalizada la Cobertura no están Cubiertos, incluso si dichos servicios son parte de una serie de tratamientos que comenzaron antes de que finalizara la Cobertura. Si usted recibe Servicios Cubiertos una vez finalizada la Cobertura, Nosotros o el Proveedor que prestó los servicios pueden cobrarle a usted los cargos por dichos servicios, más los costos de recuperación de dichos cargos, incluso los honorarios del abogado.

F. Continuación de la Cobertura

Usted y su cónyuge pueden continuar con la Cobertura si:

1. Usted deja de trabajar para un Empleador Participante; o
2. Su Empleador deja de ser parte del programa CoverTN.

Se le solicitará que pague la parte de la prima del Empleador además de la parte del Miembro.

PROGRAMA BLUECARD PPO

Cuando usted se encuentra en un área donde los Proveedores de la Red BCBST no están disponibles y necesita servicios de atención médica o información acerca de un médico u hospital de BlueCross BlueShield PPO, solo llame a la Línea de Información sobre Hospitales y Doctores de BlueCard PPO al 1-800-810-BLUE (2583).

Lo ayudaremos a ubicar al Proveedor Participante de BlueCard PPO más cercano.

En el Programa BlueCard PPO, el término “Plan Central” significa el Plan de BlueCross BlueShield que brinda acceso a los servicios en la ubicación donde usted necesita los servicios de atención médica.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro (con el logo “PPO en una maleta”) a cualquier Proveedor Participante de BlueCard PPO. El Proveedor Participante de BlueCard PPO puede verificar su membresía, elegibilidad y Cobertura con su Plan de BlueCross BlueShield. Cuando visite a un Proveedor Participante de BlueCard PPO, no debería tener que completar ningún formulario de reclamación. Luego de que usted recibe los servicios, su reclamación se envía electrónicamente a BCBST, donde se procesa, y luego le envían una explicación detallada de los beneficios. Usted debe pagar cualquier Copago aplicable, o sus Deducibles y Coseguro (si los hubiere).

El cálculo de su obligación por las reclamaciones incurridas fuera del área de servicio de BCBST que se procesan a través del programa BlueCard PPO será, generalmente, más bajo que los Cargos Facturados del proveedor o el precio negociado que BCBST le paga al Plan Central.

El precio negociado pagado por BCBST al Plan Central por los servicios de atención médica prestados a través del Programa BlueCard PPO puede representar: (a) el precio real pagado por el Plan Central sobre dichas reclamaciones; (b) un precio estimado que tiene en cuenta el precio real, las liquidaciones esperadas, las retenciones, cualquier otro acuerdo de pago contingente y transacciones sin reclamaciones realizadas con todos los Proveedores de atención médica del Plan in situ o uno o más de los Proveedores particulares; o (c) un descuento de los Cargos Facturados que representa los ahorros promedio esperados del Plan in situ para todos sus Proveedores o para un grupo específico de Proveedores. El descuento que refleja los ahorros promedio puede resultar en una variación mayor (más o menos) del precio real pagado respecto del precio estimado.

Los planes que utilizan los métodos del precio estimado o del factor ahorro promedio pueden ajustar eventualmente el precio estimado o promedio a fin de corregir los cálculos demasiado altos o bajos de los precios anteriores. No obstante, la cantidad que usted paga se considera un precio final.

Además, las leyes de determinados estados pueden exigir que los Planes BlueCross y/o BlueShield utilicen una base para calcular la responsabilidad del Miembro por los Servicios Cubiertos que no refleje la totalidad de los ahorros realizados, o que se esperan realizar, sobre una reclamación en particular, o que añadan un recargo. Por lo tanto, si usted recibe Servicios Cubiertos en estos estados, su responsabilidad por los Servicios Cubiertos se calculará sobre la base de los métodos estatutarios de dichos estados.

RECUERDE: *Usted es responsable de recibir Autorización Previa de BCBST para los servicios para pacientes hospitalizados recibidos fuera de Tennessee.*

Si no recibe Autorización Previa, se le negarán sus beneficios.

Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro para solicitar la Autorización Previa. En caso de emergencia, debe buscar atención inmediata del proveedor de atención médica más cercano.

RECLAMACIONES Y PAGO

Cuando usted recibe Servicios Cubiertos, usted o el Proveedor deben entregarnos un formulario de reclamación. Revisaremos la reclamación y les haremos saber a usted o al Proveedor si necesitamos más información antes de pagar o rechazar la reclamación.

A. Reclamaciones.

Las reglamentaciones federales utilizan varios términos para describir una reclamación: Una reclamación presentada antes de la prestación del servicio, una reclamación presentada después de la prestación del servicio y una reclamación de Atención de Urgencia.

1. Una reclamación presentada antes de la prestación del servicio es cualquier reclamación que requiere la aprobación de un Servicio Cubierto con anterioridad a obtener la atención médica como condición para recibir el Servicio Cubierto, en forma total o parcial.
2. Una reclamación presentada después de la prestación del servicio es una reclamación para un Servicio Cubierto que no es una reclamación presentada antes de la prestación del servicio, es decir que usted ya ha recibido la atención médica. Únicamente las reclamaciones presentadas después de la prestación del servicio pueden ser facturadas al Plan, o a usted.
3. La Atención de Urgencia es la atención o el tratamiento médicos que, si se retrasa o se niega, puede arriesgar seriamente: (1) la vida o la salud del solicitante o (2) la capacidad del solicitante para recobrar sus funciones al máximo. La Atención de Urgencia también es la atención o el tratamiento médicos que, si se retrasa o se niega, según la opinión de un médico con conocimiento de la afección médica del solicitante, sometería al solicitante a dolores fuertes que no pueden manejarse de forma adecuada sin la atención o el tratamiento médicos. Una reclamación por Atención de Urgencia rechazada siempre es una reclamación presentada antes de la prestación del servicio.

B. Facturación de Reclamaciones.

1. Hasta que usted alcance su beneficio máximo, los Proveedores de la Red no deberían facturarle o cobrarle por los Servicios Cubiertos prestados, excepto por los Pagos del Miembro requeridos. El Proveedor de la Red nos entregará la reclamación directamente.
2. Un Proveedor Fuera de la Red puede facturarle o cobrarle los Servicios prestados por dicho Proveedor. Si utiliza un Proveedor Fuera de la Red, usted es responsable de todos los cargos.
3. Si obtiene servicios de un Proveedor Fuera de la Red en caso de emergencia verdadera, el Proveedor Fuera de la Red puede o no presentar una reclamación por usted. Si a usted le cobran o recibe una factura, debe presentar una reclamación para ser considerada para los beneficios. Debe presentar la reclamación dentro de 1 año y 90 días a partir de la fecha en que se recibió el servicio. Si no presenta la reclamación dentro de 1 año y 90 días, no será considerada. Si no es razonablemente posible presentar la reclamación dentro de 1 año y 90 días, no será invalidado ni reducido.
4. Un Proveedor de la Red puede negarse a prestar un servicio, o reducir o terminar un servicio que ha sido prestado, o exigirle que pague por lo que usted cree que debería ser un Servicio Cubierto. Si esto ocurre:

- a. Puede presentar la reclamación ante nosotros a fin de obtener una Decisión de Cobertura acerca de si el Plan cubrirá o no dicho servicio. Por ejemplo, si una farmacia (1) no le proporciona un medicamento recetado, o (2) le exige que usted pague por esa receta, puede presentar una reclamación ante el Plan para obtener una Decisión de Cobertura acerca de si está Cubierto por el Plan.
- b. Puede solicitar un formulario de reclamación en nuestro Departamento de Servicio para Miembros. Le enviaremos un formulario de reclamación dentro de los 15 días. Quizás solicitemos información o documentación adicionales si son razonablemente necesarias para poder tomar una Decisión de Cobertura con respecto a una reclamación.

C. Pago

1. Cuando usted recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor de la Red, le pagamos directamente al Proveedor de la Red. Estos pagos se realizan según el acuerdo que tenemos con dicho Proveedor de la Red. Usted autoriza la asignación de beneficios a ese Proveedor de la Red.
2. Si usted recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red, es responsable del pago total de los cargos del Proveedor Fuera de la Red.
3. Pagaremos los beneficios dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que recibimos el formulario de reclamación completo. Las reclamaciones se procesan según las prácticas actuales de la industria y se basan en nuestra información al momento de recibir el formulario de reclamación.
4. Cuando una reclamación se paga o niega, en forma total o parcial, recibirá una Declaración de Reclamaciones Mensuales (MCS). Esto describirá cuánto se le pagó al Proveedor y le permitirá saber si usted debe una cantidad adicional a dicho Proveedor. La MCS mostrará el estado de sus límites de beneficio. Por ejemplo, mostrará cuánto queda de su beneficio anual o cuántas visitas le quedan. Le enviaremos la MCS a la última dirección que tenemos en archivo.
5. Usted es responsable de pagar cualquier cantidad de Copago aplicable al Proveedor.

El pago por los Servicios Cubiertos se describe con más detalle en el Anexo C: Programa de Beneficios.

D. Información Completa

Siempre que necesite presentar una reclamación personalmente, podemos procesarla con mayor eficiencia si completa un formulario de reclamación. Esto asegurará que usted proporcione toda la información necesaria. La mayoría de los Proveedores poseen formularios de reclamación, o nos los puede solicitar llamando a nuestro Departamento de Servicio para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Envíe todos los formularios de reclamación por correo postal a:

BCBST Claims Service Center
1 Cameron Hill Circle Suite 0002
Chattanooga, Tennessee 37402-0002

POLÍTICA MÉDICA Y ADMINISTRACIÓN MÉDICA

A. Introducción

Nuestro departamento de administración médica cumple varias funciones de administración médica que afectan su Cobertura. Dichos servicios incluyen Autorización Previa de ciertos servicios, revisión concurrente de la hospitalización, planificación del alta, asesoramiento sobre salud y estilo de vida y coordinación de la atención. Bajo ninguna circunstancia tomamos ninguna decisión sobre tratamientos médicos. Usted siempre tiene la posibilidad de elegir recibir servicios que no cumplan con nuestros requisitos de Administración de la Atención, pero al hacerlo puede afectar la Cobertura de dichos servicios.

B. Política Médica

La Política Médica observa el valor de la nueva ciencia médica en la actualidad. Su meta es asegurarse de que los Servicios Cubiertos tengan un valor médico comprobado. Estos servicios deben servir para mejorar la salud de nuestros Miembros.

Las políticas médicas se basan en un proceso de investigación mediante evidencias que intenta determinar el mérito científico de una tecnología médica en particular. Las determinaciones con respecto a las tecnologías se realizan utilizando criterios de evaluación de tecnología. El término “tecnologías” implica dispositivos, procedimientos, medicamentos y otras tecnologías médicas emergentes.

Las Políticas Médicas establecen si una tecnología es Médicamente Necesaria, de investigación o cosmética. Debido a que las tecnologías cambian y mejoran, y las necesidades de los Miembros cambian, nosotros evaluamos nuevamente y cambiamos las Políticas Médicas. Tenemos el derecho de cambiar o modificar dichas políticas sin previo aviso a los Miembros.

Las Políticas Médicas algunas veces definen ciertos términos. Si la definición de un término explicado en la Política Médica es diferente de una definición que figura en el presente Manual para Miembros, rige la Política Médica. Nuestra Política Médica se encuentra en nuestro sitio web (www.BCBST.com).

C. Asesoramiento Sobre Salud y Estilo de Vida

El asesoramiento sobre salud y estilo de vida es un programa de iniciativa propia que incluye: (1) materiales educativos para una afección específica, (2) un recurso en línea para investigar temas de salud y (3) un número gratuito para obtener información sobre más de 1,200 temas relacionados con la salud. Los Miembros son identificados como posibles candidatos para el programa de asesoramiento sobre salud y estilo de vida a través de información que indica que el Miembro ha recibido servicios para una afección de salud de bajo riesgo que puede manejarla él mismo con los materiales educativos y las herramientas.

D. Autorización Previa

Debemos autorizar algunos Servicios Cubiertos con antelación para que se paguen esos Servicios Cubiertos. Llame a nuestro Departamento de Servicio para Miembros para averiguar qué servicios necesitan Autorización Previa.

Los Proveedores de la Red de Tennessee son responsables de obtener la Autorización Previa para los Servicios Cubiertos. Usted no será sancionado si un Proveedor de la Red no puede obtener una Autorización Previa.

Usted es responsable de recibir Autorización Previa de BCBST para los servicios para pacientes hospitalizados recibidos fuera de Tennessee.

Si no recibe Autorización Previa, se le negarán sus beneficios.

Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro para solicitar la Autorización Previa. En caso de emergencia, debe buscar atención inmediata del proveedor de atención médica más cercano.

Si usted recibió Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante de BlueCard PPO, y dicho Proveedor no cumple con los programas de administración médica, es posible que no se lo exima a usted de responsabilidad.

E. Seguridad del Paciente

Si tiene una inquietud con la seguridad o la calidad de la atención que recibió de un Proveedor de la Red, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Nuestro Departamento de Administración de Riesgos Clínicos tomará nota e investigará su inquietud.

SUBROGACIÓN Y DERECHO DE RECUPERACIÓN

El Estado ha acordado que el Plan será subrogado y/o tendrá derecho de recuperar las cantidades pagadas para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros por enfermedades o lesiones causadas por terceros, incluso el derecho de recuperar el valor razonable de los servicios prestados por Proveedores de la Red. Ayudaremos a ejercer ese derecho en nombre del Estado y del Plan.

El Plan tendrá un primer derecho de retención de todo pago, juicio o liquidación de cualquier tipo que recibe un Miembro por parte de terceros o en nombre de terceros por gastos médicos, por los costos de los Servicios Cubiertos y por todo costo ocasionado para recuperar dichas cantidades de esos terceros. Podemos notificar a estas partes de su derecho de retención sin previo aviso a dichos Miembros o sin su consentimiento.

Sin limitación, el Plan puede ejercer sus derechos de subrogación y recuperación contra cualquier causante de agravio, otras terceras partes responsables o las coberturas de seguros disponibles, incluso las coberturas de automovilistas asegurados por menos del valor real o sin seguro; seguro de responsabilidad, incluso seguro de responsabilidad general y seguro de cobertura automotriz; seguro de pago médico automotriz; compensación del trabajador; o seguro similar. Dichas acciones pueden basarse en un agravio, un contrato u otra acción según los límites establecidos por la ley.

El Estado ha acordado que usted deberá notificarnos de inmediato si se ve involucrado en un incidente que ocasione la necesidad de ejercer dichos derechos de subrogación y recuperación a fin de permitirle al Plan proteger sus derechos según esta sección. También debe cooperar con nosotros y cumplir con las formalidades de los documentos que consideramos necesarios para proteger los derechos del Plan según esta sección.

Si presenta una reclamación o una acción sin el consentimiento del Plan contra una tercera parte, se considerará que la liquidación lo ha indemnizado y tendremos derecho a cobrar de inmediato el valor actual de los derechos del Plan como reclamación prioritaria del fondo de liquidación. Todos los procedimientos de liquidación o juicio serán mantenidos en fideicomiso por usted para beneficio del Plan. También tendremos derecho a recuperar los honorarios razonables de los abogados, incurridos al recopilar los procedimientos realizados por usted en tales circunstancias.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS FORMALES

I. INTRODUCCIÓN

Nuestro sistema de trámite de quejas (el "Procedimiento") tiene por objeto proporcionar un método justo, rápido y económico para resolver todas las disputas que pueda tener con nosotros. Estas disputas son: todos los asuntos que lo hagan sentirse insatisfecho con cualquier aspecto de su relación con nosotros, cualquier determinación adversa de beneficio respecto a una reclamación, o cualquier otro reclamo, controversia o causa potencial de acción que pueda tener en contra del Plan. Por favor, póngase en contacto con el departamento de servicio al cliente al número que aparece en su tarjeta de membresía: (1) para presentar una reclamación, (2) si usted tiene alguna pregunta acerca de este Manual u otros documentos relacionados con su cobertura (por ejemplo, una explicación de beneficios o estado de cuenta mensual de reclamaciones), o (3) para iniciar una queja sobre una disputa.

1. El Procedimiento sólo puede resolver las disputas que están sujetas al control del Plan.
2. Usted no puede utilizar este Procedimiento para resolver una reclamación en la que un proveedor ha sido negligente. Los proveedores de la red son contratistas independientes. Ellos son los únicos responsables de tomar decisiones de tratamiento en consulta con sus pacientes. No obstante, usted puede comunicarse con nosotros, para quejarse de cualquier asunto relacionado con la calidad o disponibilidad de los servicios, o cualquier otro aspecto de su relación con los proveedores.
3. Una determinación adversa de beneficio es cualquier denegación, reducción, terminación o no proveer o hacer un pago de algo que usted cree que debe ser un servicio cubierto. Además, una determinación adversa de beneficio incluye a cualquier cancelación de la cobertura o la negación de cobertura de una resolución inicial de elegibilidad.
 - a. Si un proveedor no provee un servicio, o reduce o termina un servicio que ha provisto, o requiere que usted pague por lo que usted cree que debe ser un servicio cubierto, usted puede presentarnos una reclamación para obtener una determinación que le indique si vamos a cubrir ese servicio. Por ejemplo, si una farmacia no le proporciona un medicamento recetado o requiere que usted pague por esa receta, usted puede presentarnos una reclamación para obtener una determinación que le indique si es cubierto por el Plan. En algunas circunstancias, puede ser que se requiera que los proveedores lo exoneren de responsabilidad del costo de los servicios.
 - b. Los proveedores también pueden apelar una determinación negativa de beneficios a través del procedimiento del Plan de resolución de controversias de los Proveedores.

- c. Nuestra determinación no será una determinación negativa de beneficios si:
(1) un proveedor está obligado a exonerar de responsabilidad por el costo de los servicios provistos, o (2) hasta que hayamos tomado una decisión final negativa de beneficios en un asunto que está siendo apelado a través del procedimiento de resolución de disputas del Proveedor.
4. Usted puede pedirnos un formulario para autorizar a otra persona para que actúe en su nombre referente a una disputa.
5. Usted y Nosotros podríamos estar de acuerdo en esquivar uno o más de los pasos de este Procedimiento si es que esto no va a ayudar a resolver nuestra disputa.
6. Cualquier disputa será resuelta de conformidad con las leyes aplicables y los reglamentos federales de Tennessee y de este Manual.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN

A. Investigación

Una investigación es un proceso informal que puede contestar preguntas o resolver una posible disputa. Usted debe contactar a un representante de servicio al cliente, si usted tiene alguna pregunta acerca de cómo presentar una reclamación o para tratar de resolver cualquier disputa. El hecho de hacer una investigación no detiene el plazo para la presentación de una reclamación ni el de comenzar una disputa. Usted no tiene que hacer una investigación antes de presentar una queja.

B. Quejas

Usted debe presentar una solicitud por escrito pidiendo que se reconsidere una determinación negativa de beneficio, o tomar una acción solicitada para resolver otro tipo de Disputa (su "queja"). Usted debe comenzar el proceso de disputa dentro de 180 días a partir de la fecha en que se publique el aviso de una determinación negativa de beneficio del Plan o a partir de la fecha del evento que de otra manera es la causa de su falta de satisfacción con el Plan. Si usted no inicia una queja dentro de 180 días cuando nosotros emitimos una determinación negativa de beneficio, usted puede renunciar al derecho de tomar cualquier acción en relación con ese litigio.

Póngase en contacto con el departamento de servicio al cliente al número que aparece en su tarjeta de membresía para recibir asistencia en la preparación y presentación de su queja. Ellos le pueden proporcionar el formulario adecuado para usar en la presentación de una queja. Este es el primer nivel del Procedimiento y es obligatorio:

1. Audiencia de conciliación

Después de haber recibido y revisado su queja, nuestro Comité de Quejas del primer nivel se reunirá para examinar su queja y cualquier información

adicional que usted u otras personas presenten con respecto a las quejas. En Las quejas que corresponden a las reclamaciones de atención urgente o de pre-servicio, el Plan designará a uno o más revisores calificados (s) para considerar tales quejas. Las personas que participan en la toma de determinaciones previas sobre su disputa no son elegibles para ser miembros votantes del comité de Quejas del primer nivel o revisores. El comité o los revisores tienen plena autoridad discrecional para la elegibilidad, los beneficios y / o determinaciones de reclamación, de conformidad con la cobertura.

2. Decisión por escrito

El comité o los evaluadores considerarán la información presentada, y el presidente le enviará una decisión por escrito sobre su queja de la siguiente manera:

- a) Para una reclamación previa al servicio, dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud de revisión;
- b) Para una reclamación después del servicio, dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud de revisión, y
- c) Para un pre-servicio, reclamación de atención urgente, dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud de revisión.

La decisión del comité le será enviada por escrito y contendrá:

- a) Una declaración del conocimiento de su queja de parte del comité;
- b) La base de la decisión del comité, y
- c) Referencia de la documentación o información en la que el comité basó su decisión. Nosotros le enviaremos una copia de dicha documentación o información, sin costo alguno, previo a una solicitud por escrito.

C. Segundo nivel del procedimiento de queja

Usted puede presentar una solicitud de reconsideración por escrito dentro de los noventa (90) días después de la emisión de la decisión del Comité de Quejas del primer nivel. Esto se llama una queja de segundo nivel. La información sobre cómo presentar una queja de segundo nivel se le proporcionará a usted en la carta de decisión después del análisis de quejas del primer nivel. Es posible que le pidamos que agote cada paso de este Procedimiento en cualquier disputa. Su decisión respecto a si debe presentar una queja de segundo nivel no tiene ningún efecto sobre sus derechos a otros beneficios bajo el Plan. Cualquier persona involucrada en la toma de decisiones referente a su disputa (por ejemplo, un miembro del comité del primer nivel) no será un miembro con voto del comité del segundo nivel de quejas.

1. Audiencia de conciliación

Usted puede solicitar una audiencia en persona o vía telefónica ante la Comisión de Quejas del segundo nivel. Usted también puede solicitar que el Comité de Quejas del segundo nivel considere la decisión del comité del primer nivel, incluso si usted no quiere participar en una audiencia sobre su queja. Si Usted desea participar, nuestros representantes se comunicarán

con usted inmediatamente para explicar el proceso de la audiencia y programar la hora, lugar y fecha para la audiencia.

En cualquier caso, el comité del segundo nivel se reunirá y evaluará toda la información presentada sobre su queja, incluyendo:

- a) Cualquier información nueva y relevante que usted someta a consideración y
- b) La información presentada durante la audiencia. A los miembros del comité de quejas del segundo nivel y a usted y a cualquier testigo se les permitirá hacerse preguntas entre sí durante la audiencia. También se le permitirá hacer una declaración de clausura ante la comisión en la audiencia final.
- c) Si usted desea traer con usted a la audiencia un representante personal, usted debe notificar por lo menos con 5 días de antelación y proporcionar el nombre, dirección y teléfono de su representante personal.

2. Decisión por escrito

Después de la audiencia, el comité del segundo nivel se reunirá en una sesión a puerta cerrada para tomar una decisión sobre su queja. Esa decisión se le enviará a usted por escrito. La decisión por escrito deberá contener:

- a) Una declaración del comité del segundo nivel, del conocimiento de su queja;
- b) La base de la decisión del comité del segundo nivel, y
- c) Referencia a la documentación o información en la que el comité del segundo nivel basó su decisión. Previa solicitud por escrito, le enviaremos una copia de cualquier documentación o información, sin costo alguno.

D. Revisión independiente de las determinaciones de necesidad médica o cancelaciones de cobertura

Si su queja involucra una necesidad médica o una determinación de cancelación de cobertura, entonces, ya sea: (1) después de completar el reclamo obligatorio del primer nivel, o (2) después de la finalización del Procedimiento obligatorio del primer nivel inmediatamente seguido por la finalización del procedimiento del segundo nivel, usted puede solicitar que la disputa sea sometida a una tercera parte neutral, seleccionada por nosotros para revisar de forma independiente y resolver dicha disputa(s). Si usted solicita una revisión independiente siguiendo el Procedimiento del primer nivel obligatorio, usted renuncia a su derecho de un procedimiento de segundo nivel y su derecho a presentar su testimonio durante el procedimiento. Su solicitud de revisión independiente debe ser presentada por escrito dentro de los 180 días después de la fecha en que reciba la notificación de la decisión del comité. Se considerará que el recibo ha ocurrido no más de dos días después de la fecha de emisión de la decisión del comité. Cualquier persona involucrada en la toma de una decisión sobre su disputa no será un miembro con voto del panel de revisión independiente o del comité.

Su decisión respecto a si se debe solicitar una revisión independiente no tiene ningún efecto sobre sus derechos a otros beneficios bajo el Plan.

Nosotros pagaremos por los honorarios cobrados por la organización independiente y las personas que hacen la revisión si usted solicita que presentemos una disputa a una revisión independiente. Usted será responsable por cualquier otro costo en el que usted incurra para participar en el proceso de revisión independiente, incluyendo los honorarios del abogado.

Presentaremos la información necesaria a la entidad de revisión independiente dentro de 5 días hábiles después de recibir su solicitud de revisión.

Proporcionaremos copias de su expediente, con exclusión de cualquier información confidencial, a Usted, si lo ha solicitado previamente por escrito. El revisor también puede solicitar información médica adicional de parte suya. Usted debe presentar la información solicitada, o explicar porqué esa información no ha sido presentada, dentro de 5 días hábiles después de recibir su solicitud para ser revisada.

El revisor debe presentar a nosotros y a usted una resolución por escrito y dentro de 45 días después de haber recibido la solicitud de revisión independiente. En el caso de una condición potencialmente mortal, la decisión debe ser emitida dentro de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión. Excepto en los casos de una condición que amenaza la vida, el revisor podrá solicitar una prórroga de hasta 5 días hábiles para emitir una determinación para considerar la información adicional presentada a usted de nuestra parte.

La decisión del revisor debe indicar las razones de la determinación basadas en: (1) los términos de este Manual, (2) Su condición médica y la información (3) presentada al revisor. La decisión del revisor no puede ampliar los términos de su cobertura.

Ninguna acción legal o en equidad debe presentarse para recobro en este Manual hasta 60 días después que ha sido presentada por escrito una prueba de la pérdida como lo exige este Manual. No debe existir tal acción por más de 3 años después del tiempo en que se requiere que se presente la prueba escrita de la pérdida.

CLÁUSULAS GENERALES

A. Ley Aplicable

Las leyes de Tennessee gobiernan este Plan.

B. Avisos

Todos los avisos requeridos por este Plan se deben realizar por escrito. Los avisos se deben enviar a:

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc.
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, TN 37402-2555

Le enviaremos los avisos a la dirección más actual de nuestros archivos.

C. Acción Legal

No puede iniciar un proceso legal conforme a esta Cobertura hasta 60 días después de que haya proporcionado una prueba de pérdida. No puede iniciar un proceso legal después de 3 años de haber solicitado la prueba de pérdida.

D. Derecho a Solicitar Información

Tenemos el derecho de solicitar toda información necesaria adicional o registros respecto a la administración de este Plan.

E Coordinación de beneficios

Este Plan no está sujeto a la Coordinación de Regulación de Beneficios de Tennessee y no coordina beneficios. Si usted tiene alguna otra cobertura individual o de grupo, este Plan pagará como cobertura secundaria. Si es elegible para Medicare, esta Cobertura terminará. Si se inscribe en Medicaid, esta Cobertura será la principal.

F Errores administrativos

Si comete un error al administrar los beneficios conforme a este Plan, podemos ofrecerle beneficios adicionales o recuperar lo que una persona, compañía de seguros o plan pagó de más. Toda recuperación debe comenzar al final del año calendario después del año en que se pagó la reclamación. Este límite de tiempo no se aplica si el Miembro no proporcionó la información completa o si ocurrió fraude o declaración distorsionada importante. Este límite de tiempo no se aplica a las recuperaciones de los Proveedores de la Red.

Ningún error de esa naturaleza puede utilizarse para demandar más beneficios que los vencidos conforme a este Plan.

DEFINICIONES

Los términos definidos se encuentran escritos con mayúsculas. Cuando se utilizan palabras definidas en este Manual para Miembros, sus significados se indican en esta sección. Las palabras definidas en Nuestras Políticas y Procedimientos Médicos tienen el mismo significado que el definido en este Manual para Miembros.

1. **Agudo/a:** Enfermedad o lesión que es grave y de corta duración.
2. **Máximo Anual:** Cantidad máxima de beneficios para los Servicios Cubiertos que usted recibe en un Año Calendario durante la Cobertura del Plan.
3. **Servicios de Salud Conductual:** Servicios o suministros que son Medicamento Necesarios y Adecuados para tratar afecciones mentales o nerviosas, alcoholismo, dependencia de sustancias químicas, abuso o adicción a las drogas.
4. **Cargos Facturados:** Cantidad facturada por un Proveedor por los servicios prestados. Los Cargos Facturados pueden diferir de la cantidad que BCBST determina como Cargo Máximo Permitido para los servicios.
5. **Proveedor Participante de BlueCard PPO:** Médico, hospital, centro de enfermería especializada autorizado, proveedor de atención médica a domicilio u otro Proveedor contratado con otros Planes BlueCross y/o BlueShield, Planes Blue Card PPO, y/o Autorizado por el Plan para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.
6. **Medicamento de Marca:** Medicamento de Venta con Receta identificado por su marca comercial registrada o marca del producto dada por su fabricante, rotulador o distribuidor.
7. **Año Calendario:** Período que comienza el 1.º de enero, a las 12:01 a.m. y finaliza el siguiente 31 de diciembre, a las 12:00 a.m.
8. **Administración de la Atención:** Programa que promueve la coordinación rentable de la atención para los Miembros que padecen necesidades médicas complicadas, enfermedades crónicas y/o enfermedades o lesiones catastróficas.
9. **Complicaciones del Embarazo:** Afecciones que requieren Internación Hospitalaria (cuando el embarazo no llega a término) y que, si bien, el diagnóstico de las mismas difiere del embarazo, son directamente afectadas o causadas por el embarazo, como la nefritis aguda, la nefrosis, la descompensación cardíaca, el aborto retenido y otras afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, la cesárea no optativa, el embarazo ectópico interrumpido y la interrupción espontánea del embarazo, que tiene lugar durante un período de gestación en el cual no es posible un nacimiento viable.

Las Complicaciones del Embarazo no incluyen el trabajo de parto falso, la oligometrorragia ocasional, el reposo indicado por el médico durante el período de embarazo, las náuseas del embarazo, la hiperémesis gravídica y otras afecciones similares asociadas al tratamiento de un embarazo difícil que no constituyen una complicación del embarazo nosológicamente notable.
10. **Medicamentos Compuestos:** Medicamento de Venta con Receta para Pacientes Ambulatorios, que no es preparado comercialmente por fabricantes farmacéuticos autorizados en una forma galénica aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y que contiene al menos un ingrediente clasificado como Medicamento de Venta con Receta Archivada.

11. **Proceso de Revisión Concurrente:** Proceso de evaluación de la atención durante el período en el que se prestan los Servicios Cubiertos.
12. **Anomalía Congénita:** Defecto físico congénito que se identifica dentro de los primeros 12 meses de edad.
13. **Copago:** Cantidad en dólares especificado en el Anexo C: Programa de Beneficios, que usted debe pagar directamente a un Proveedor para determinados Servicios Cubiertos. Debe pagar dichos Copagos al momento en que recibe dichos Servicios.
14. **Cirugía Cosmética:** Tratamiento destinado a mejorar su apariencia. Nuestra Política Médica establece los criterios para lo que es cosmético, y lo que es Medicamento Necesario y Adecuado.
15. **Servicios Cubiertos, Cobertura o Cubierto:** Servicios y suministros Medicamento Necesarios y Adecuados que se indican en el Anexo A de este Manual para Miembros. Los Servicios Cubiertos están sujetos a todos los términos, las condiciones, exclusiones y limitaciones del Contrato y de este Manual para Miembros.
16. **Atención de Custodia:** Servicios o suministros provistos para asistir a una persona en las actividades diarias conforme a lo determinado por nosotros, incluidas, entre otros, ayuda para comer, bañarse, vestirse u otras actividades de cuidado personal.
17. **Copago por Medicamentos:** Cantidad en dólares que usted debe pagar directamente a la Farmacia de la Red al momento de recibir los Medicamentos de Venta con Receta cubiertos. El Copago por Medicamentos debe pagarse para cada Medicamento de Venta con Receta.
18. **Lista de Medicamentos Aprobados:** Lista que designa qué Medicamentos de Venta con Receta y medicinas están aprobados para reembolso. Esta lista está sujeta a nuestra revisión y modificación periódicas.
19. **Emergencia:** Afección médica repentina e inesperada que se manifiesta mediante síntomas de bastante intensidad, incluido dolor intenso, que una persona cautelosa, con conocimientos promedio sobre salud y medicina, podría esperar que deriven en:
 - a. trastorno grave de las funciones corporales; o
 - b. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
 - c. un riesgo grave para la salud de dicha persona.

Los ejemplos de Afecciones de Emergencia incluyen: (1) dolor de pecho intenso, (2) sangrado incontrolable o (3) pérdida del conocimiento.
20. **Servicios de Atención de Emergencia:** Servicios y suministros que son Medicamento Necesarios y Adecuados en el tratamiento de una Emergencia.
21. **Empleado de un Empleador no Participante:** Persona que trabaja para un empleador que no participa en el programa CoverTN y que reúne todos los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado y el Plan.
22. **Empleado de un Empleador Participante:** Persona que trabaja para un empleador que participa en el programa CoverTN y que reúne todos los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado y el Plan.
23. **Empleador:** Corporación, sociedad o empresa individual que es elegible para participar del programa CoverTN.

24. **Formulario de Inscripción:** Formulario o solicitud, que el Empleado elegible debe completar en su totalidad antes de ser considerado para la Cobertura según el Plan.
25. **Medicamentos Experimentales y/o de Investigación:** Medicamentos o medicinas que llevan el rótulo: “Caution, limited by federal law to investigational use” (“Precaución: Solo puede utilizarse con propósitos de investigación, según las leyes federales”).
26. **Medicamento Genérico:** Medicamento de Venta con Receta que tiene los mismos ingredientes activos, la misma potencia o concentración, forma galénica y vía de administración que un Medicamento de Marca. La FDA aprueba cada Medicamento Genérico y determina que son tan seguros y eficaces como un determinado Medicamento de Marca.
27. **Internación o Admisión Hospitalaria:** Cuando se lo trata como paciente interno registrado en un Hospital u otro centro de Proveedor e incurre en cargos por servicios de habitación.
28. **Servicios Hospitalarios:** Servicios Cubiertos que son Médicamente Adecuados y deben ser prestados por un hospital para la atención de enfermedades agudas.
29. **Servicios de Investigación:** Medicamento, dispositivo, tratamiento, terapia, procedimiento u otro servicio o suministro que no cumple con la definición de Necesidad Médica o:
 - a. no puede ser comercializado legalmente sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”) cuando dicha aprobación no ha sido concedida al momento de su uso o sugerencia de uso, o
 - b. es el objeto de un nuevo medicamento de investigación o aplicación de un nuevo dispositivo en la actualidad, archivado en la FDA, o
 - c. se provee conforme a la Fase I o Fase II de un ensayo clínico o la parte experimental o de investigación de la Fase III de un ensayo clínico (siempre y cuando, no obstante, dicha participación del ensayo clínico no sea el único motivo de rechazo), o
 - d. se provee conforme a un protocolo escrito que describe entre sus objetivos, determinar la seguridad, toxicidad, eficacia o efectividad de dicho servicio o suministro en relación con las alternativas convencionales, o
 - e. se suministra o debe suministrarse sujeto a la aprobación y supervisión de un Comité Institucional de Revisión (“IRB”) conforme a lo requerido y definido por las reglamentaciones federales, particularmente las de la FDA o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (“HHS”), o
 - f. la Oficina de Evaluación de la Tecnología para el Cuidado de la Salud de la Agencia para Políticas e Investigación sobre el Cuidado de la Salud dentro del HHS haya determinado que el servicio o suministro es para investigación o experimento o que no existe información suficiente para determinar si es clínicamente aceptable, o
 - g. según la opinión de la mayoría de los especialistas, conforme a lo indicado en bibliografía influyente publicada, dicho uso debe ser sustancialmente confinado a los entornos de investigación, o
 - h. según la opinión de la mayoría de los especialistas, conforme a lo indicado en bibliografía influyente publicada, es necesario continuar investigando con el

objetivo de definir la seguridad, toxicidad, eficacia o efectividad de dicho Servicio en relación con las alternativas convencionales, o

- i. el servicio o suministro sea necesario para tratar una complicación de un Servicio de Investigación.

Nuestro Director Médico tiene autoridad discrecional para tomar una determinación acerca de si un servicio o suministro es un Servicio de Investigación. Si nuestro Director Médico no autoriza la provisión de un servicio o suministro, no será un Servicio Cubierto. Al tomar dichas determinaciones, nuestro Director Médico se basará, según su propio criterio, en lo siguiente, en forma total o parcial:

- (1) sus expedientes clínicos, o
 - (2) los protocolos conforme a los cuales se deberá proporcionar el servicio o suministro propuesto, o
 - (3) cualquier documento de consentimiento que usted haya celebrado o deberá celebrar, a fin de recibir el servicio o suministro propuesto, o
 - (4) la bibliografía médica o científica influyente publicada respecto del servicio o suministro propuesto en relación con el tratamiento de las lesiones o enfermedades como las que usted padece, o
 - (5) reglamentaciones y otras publicaciones oficiales emitidas por la FDA y el HHS, o
 - (6) la opinión de las entidades que nos contratan para evaluar y coordinar el tratamiento de los Miembros que requieren de Servicios no Experimentales o de Investigación, o
 - (7) los hallazgos de BlueCross and BlueShield Association Technology Evaluation Center o de otras entidades de evaluación calificadas similares.
30. **Inscrito Tardío:** Empleado o su cónyuge que no solicita la Cobertura dentro de: (1) los 30 días posteriores a que dicha persona fuese elegible para recibir la Cobertura conforme a este Manual para Miembros; o (2) dentro de un período de Inscripción Abierta posterior.
 31. **Medicamentos de Venta con Receta:** Medicamento que, por ley, solo puede obtenerse con Receta y lleva el rótulo: "Caution: Federal law prohibits dispensing without a Prescription" ("Precaución: la ley Federal prohíbe su administración sin Receta").
 32. **Atención de Mantenimiento:** Servicios especializados que incluyen visitas de enfermería especializada, atención en centro de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla para afecciones médicas crónicas, estáticas o progresivas en las que los servicios: (1) no contribuyen a la cura, (2) no mejoran la función clínica sin asistencia, (3) no mejoran la salud significativamente y (4) son indefinidos o de largo plazo.
 33. **Información Básica Falsa Importante:** Proporcionar información falsa o engañosa que podría influenciar en nuestras decisiones sobre la Cobertura.
 34. **Cargo Máximo Permitido:** Cantidad que nosotros, a nuestro propio juicio, hemos determinado como la cantidad máxima pagadera por un Servicio Cubierto. Dicha determinación se basará en nuestro contrato con un Proveedor de la Red en relación con los Servicios Cubiertos prestados por dicho Proveedor.

35. **Director Médico:** Médico designado por nosotros, o el designado de dicho médico, quien es responsable de administrar nuestros programas de administración médica, incluido el programa de autorización.
36. **Medicamento Adecuado:** Servicios que han sido definidos por el Director Médico de valor en la atención de un Miembro específico. Para que un servicio sea Medicamento Adecuado deberá:
- a. ser Medicamento Necesario;
 - b. ser utilizado para diagnosticar o tratar la afección de un Miembro causada por una enfermedad, lesión o malformación congénita;
 - c. estar en conformidad con los estándares actuales de buenas prácticas médicas para la afección médica del Miembro;
 - d. ser provisto en el lugar más adecuado y con el nivel de servicio más conveniente para la afección médica del Miembro;
 - e. de forma continua, poder razonablemente:
 - (1) corregir una malformación o defecto congénito significativos causados por una enfermedad o lesión;
 - (2) evitar una malformación o enfermedad significativas; o
 - (3) mejorar sustancialmente una función fisiológica vital afectada por una enfermedad o lesión;
 - f. no ser provisto únicamente para mejorar una afección del Miembro más allá de las variaciones normales del desarrollo individual y la edad, incluidos:
 - (1) medidas de comodidad en la ausencia de enfermedad o lesión
 - (2) Cirugía Cosmética; y
 - g. no ser únicamente por la comodidad del Proveedor, Miembro o la familia del Miembro.
37. **Medicamento Necesario o Necesidad Médica:** Servicios que, según lo definido por nosotros, han demostrado ser importantes para su uso en la población general. Para que un servicio sea Medicamento Necesario debe:
- a. tener la aprobación final de los organismos gubernamentales reglamentarios adecuados;
 - b. tener pruebas científicas que permitan conclusiones respecto del efecto benéfico del servicio en los resultados de la salud;
 - c. mejorar el resultado neto de la salud;
 - d. ser tan benéfico como cualquier alternativa establecida;
 - e. demostrar la mejora fuera del entorno de investigación; y
 - f. no ser un Servicio Experimental o de Investigación.
38. **Medicare:** Título XVIII de la Ley de Seguro Social, conforme a lo enmendado, y la cobertura conforme a este programa.
39. **Miembro, usted, su:** Empleado elegible o su cónyuge inscrito a través de nosotros conforme al programa CoverTN.

40. **Pago del Miembro:** Cantidades del Copago correspondientes a los Servicios Cubiertos que usted debe pagar según lo indicado en el Anexo C: Programa de Beneficios. Podemos requerir pruebas de que usted ha efectuado los Pagos del Miembro requeridos.
41. **Información Falsa Importante:** Proporcionar información falsa o engañosa.
42. **Beneficio de la Red:** Nivel de pago que se aplica a los Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor de la Red. Consulte el Anexo C: Programa de Beneficios.
43. **Farmacia de la Red:** Farmacia que ha celebrado un Acuerdo de Farmacia Participante con BCBST o su agente para proporcionar beneficios de Medicamentos de Venta con Receta a los Miembros Cubiertos conforme a lo estipulado en este Manual para Miembros, ya sea en persona o a través del servicio de entrega a domicilio.
44. **Proveedor de la Red:** Proveedor que tiene contrato con nosotros para ofrecer los beneficios a los Miembros a tarifas específicas. Es posible que se haga referencia a dichos Proveedores como Proveedores Participantes de BlueCard PPO, Hospitales Participantes, etc.
45. **Proveedor no Contratado:** Proveedor que presta Servicios Cubiertos a un Miembro pero que se encuentra en una categoría o un tipo de especialidad con la que no tenemos contrato. El Proveedor no Contratado difiere del Proveedor Fuera de la Red. El Proveedor no Contratado no es elegible para celebrar un contrato con nosotros. Los tipos de Proveedor que se consideran no Contratados pueden cambiar a medida que contratamos otros tipos de Proveedores. El estado de un Proveedor como Proveedor no Contratado, Proveedor de la Red o Proveedor Fuera de la Red puede cambiar, y, de hecho, cambia. Nos reservamos el derecho a cambiar el estado del Proveedor.
46. **Empleador no Participante:** Empleador que no califica para CoverTN o, bien, califica para CoverTN pero decide no participar.
47. **Servicios de Diagnóstico que no son de Rutina:** Servicios mencionados como servicios de diagnóstico que no son de rutina en el Anexo A: Servicios Cubiertos.
48. **Período de Inscripción Abierta:** Períodos acordados por nosotros y el Estado durante los cuales los Empleados elegibles y sus cónyuges pueden inscribirse como Miembros. El Período de Inscripción Abierta para el programa CoverTN del Estado es en el mes de octubre.
49. **Farmacia Fuera de la Red:** Farmacia que no ha celebrado ningún acuerdo de servicio con nosotros o nuestro agente para prestar beneficios conforme al presente Manual para Miembros a tarifas especificadas para los Miembros Cubiertos conforme a este Manual para Miembros.
50. **Proveedor Fuera de la Red:** Cualquier proveedor que es del tipo de Proveedor elegible pero no tiene contrato con nosotros para prestar Servicios Cubiertos.
51. **Empleador Participante:** Empleador que califica para CoverTN y decide participar de CoverTN.
52. **Acuerdo de Empleador Participante (PEA):** Acuerdo celebrado entre el Estado y el Empleador Participante.

53. **Pagador(es):** Asegurador, organización para el mantenimiento de la salud, asegurador de responsabilidad civil sin culpabilidad, grupo autoasegurado u otra entidad que provee o paga los beneficios de la atención médica de un Miembro.
54. **Evaluación Médica Periódica:** Evaluación del estado de la salud de un paciente a intervalos establecidos en nuestras Políticas Médicas, a los fines de mantener la salud y detectar tempranamente enfermedades. Esta evaluación debe incluir:
- antecedentes completos o actualización del intervalo de los antecedentes del paciente y una revisión de sistemas; y
 - un examen físico de los sistemas de todos los órganos principales y pruebas de detección preventivas según nuestra Política Médica.
55. **Farmacia:** Establecimiento estatal o federalmente autorizado que no se encuentra en el consultorio del médico o del Profesional Médico autorizado, y donde los Medicamentos de Venta con Receta se entregan con Receta por un farmacéutico autorizado a suministrar dichos medicamentos y productos conforme a las leyes del estado en el que ejerce.
56. **Comité de Farmacia y Terapéutica o Comité P&T:** Panel de nuestros farmacéuticos participantes, Proveedores de la Red, directores médicos y directores de farmacias que revisa los medicamentos para comprobar su seguridad, eficacia y rentabilidad. El Comité P&T evalúa los medicamentos para agregarlos o eliminarlos de: 1) la Lista de Medicamentos Aprobados y 2) la lista de Limitación de Cantidad. El Comité P&T también puede establecer límites de entrega de medicamentos.
57. **Plan:** el programa CoverTN.
58. **Profesional Médico:** Persona autorizada por el Estado adecuado a prestar servicios médicos.
59. **Afección Preexistente:** Cualquier afección física o mental existente, independientemente de la causa, durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su Cobertura conforme a este Manual para Miembros, o el primer día de cualquier Período de Espera para Condiciones Preexistentes, para el cual se recomendó o recibió asesoramiento, diagnóstico, atención o tratamiento médico de un Proveedor de servicios de atención médica (se tomará la opción que tenga lugar antes).

Los siguientes no son Afecciones Preexistentes:

- Información genética ante la falta de un diagnóstico de la afección relacionada con la información genética; y
 - Embarazo.
60. **Período de Espera para Afecciones Preexistentes:** Período de 12 meses que comienza el día de entrada en vigencia de su Cobertura, y durante el cual los beneficios no están disponibles para los servicios recibidos en relación con una Afección Preexistente. Usted deberá pagar todos los cargos por los servicios recibidos para el tratamiento de una Afección Preexistente durante el Período de Espera para Afecciones Preexistentes.
61. **Prima:** Pago total de Cobertura según el Contrato, incluidas las cantidades pagadas por usted y el Empleador y el Estado, si corresponde, por dicha Cobertura.

62. **Receta:** Pedido escrito o verbal que un médico o Profesional Médico debidamente autorizado que se desempeña dentro del alcance de su licencia emite a un farmacéutico para la entrega de un medicamento o medicina.
63. **Medicamento de Venta con Receta:** Medicamento que contiene al menos un Legend Drug (también conocido como Medicamento de Venta con Receta) que no puede entregarse conforme a las leyes federales o estatales aplicables sin una Receta, y/o insulina.
64. **Autorización Previa, Autorizado/a:** Revisión llevada a cabo por nosotros, antes de la prestación de ciertos servicios, para determinar si dichos servicios serán considerados Servicios Cubiertos.
65. **Proveedor:** Persona o entidad que se comprometió a prestar servicios de salud y que está autorizado, certificado o ejerce de conformidad con las leyes estatales o federales aplicables.
66. **Evento Calificador:** Evento que califica a un solicitante a inscribirse en el Programa CoverTN fuera del Período de Inscripción Inicial o el Período de Inscripción Abierta, como, por ejemplo:
- (a) Matrimonio;
 - (b) Muerte del cónyuge;
 - (c) Divorcio o anulación;
 - (d) Pérdida involuntaria de la cobertura del seguro médico;
 - (e) Que el cónyuge adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare; o
 - (f) Que se cumplan los seis (6) meses de período de carencia requerido.
67. **Limitación de Cantidad:** Limitaciones de cantidad aplicadas a ciertos Medicamentos de Venta con Receta conforme a lo determinado por el Comité de Farmacia y Terapéutica.
68. **Empleado Independiente:** Persona que es un contratista independiente o es un trabajador autónomo. Los empleados independientes no tienen ningún empleado.
69. **Productos de Especialidades Farmacéuticas:** Medicamentos inyectables, infusiones o determinados medicamentos orales que requieren de una atención médica compleja, incluidos una manipulación especial, capacitación del paciente y control continuo. Los Productos de Especialidades Farmacéuticas se enumeran en nuestra lista de Productos de Especialidades Farmacéuticas. Los Productos de Especialidades Farmacéuticas se clasifican en administrados por el proveedor o autoadministrados.
70. **Habitantes de Tennessee Desempleados:** Personas que (a) perdieron su empleo dentro de los seis meses de inscripción en el programa CoverTN o (b) personas que perdieron la cobertura debido a una reducción en las horas de trabajo, que cumplen con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado y el Plan.
71. **Totalmente Discapacitado o Discapacidad Total:** Cualquiera sea: (a) Usted, si es un Empleado, está impedido, como consecuencia de una lesión o enfermedad, de realizar sus obligaciones laborales y no puede comprometerse en ningún trabajo o actividad remunerada para la cual está capacitado o podría capacitarse razonablemente mediante formación académica, capacitación o experiencia, o (b) usted, si es el Cónyuge del Miembro, está impedido de participar sustancialmente en todas las actividades normales de una persona de su edad y sexo que goza de buena salud debido a una lesión o enfermedad no ocupacional.

72. **Estudio Preventivo para Mujeres Sanas:** Visita de rutina a un Proveedor que realiza cada Año Calendario un miembro mujer. La visita puede incluir mamografías y pruebas de detección de cáncer de cuello uterino que son Médicamente Necesarias y Médicamente Adecuadas.

AVISO RESPECTO DE LOS CERTIFICADOS DE LA COBERTURA ACREDITABLE

Este Plan CoverTN contiene una Exclusión para Afecciones Preexistentes que puede limitar su Cobertura. El Período de Espera para Afecciones Preexistentes para cualquier Afección Preexistente puede reducirse por todo el tiempo en que usted recibió cobertura a través de una cobertura de salud acreditable similar, a menos que su Cobertura haya estado interrumpida por más de 63 días. Los períodos de cobertura de salud acreditable similar previos a la interrupción de la cobertura durante 63 días o más no serán deducidos del Período de Espera para Afecciones Preexistentes. Cualquier período que usted haya tenido que esperar para ser elegible conforme a lo estipulado por el plan del empleador no se considerará una interrupción de la cobertura.

Usted tiene derecho a demostrar la cantidad de Cobertura Acreditable que tiene, incluidos los períodos de espera que se hayan aplicado antes de que sea elegible para recibir la Cobertura. Para los períodos posteriores al 1.º de julio de 1996, usted puede solicitar a un patrocinador del plan, asegurador de salud o HMO que le entreguen un “formulario de certificación” que documente los períodos durante los cuales usted recibió cobertura de beneficio de salud. Si tiene problemas para obtener la documentación de su Cobertura Acreditable anterior, puede comunicarse con nosotros para obtener ayuda respecto de cómo obtener la documentación anterior de la Cobertura Acreditable de un plan o emisor anterior.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ FORMA SE PUEDE UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE QUÉ FORMA USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

REVÍSELO CON ATENCIÓN

OBLIGACIONES LEGALES

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. debe mantener la confidencialidad de toda la información médica conforme a lo estipulado por las leyes y reglamentaciones aplicables (en adelante, nuestras "obligaciones legales"), entregar este aviso de prácticas de privacidad a usted, informarle acerca de nuestras obligaciones legales y asesorarlo acerca de otros derechos en relación con su información médica. Debemos cumplir con las prácticas de privacidad contenidas en este aviso a partir de la fecha de entrada en vigencia del 14 de abril de 2003 hasta que este aviso sea cambiado o reemplazado.

Nos reservamos el derecho a cambiar las prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, conforme a lo permitido por nuestras obligaciones legales. Todos los cambios realizados en estas prácticas de privacidad serán aplicables para toda la información médica mantenida, incluida la información médica generada o recibida antes de realizar dichos cambios. Todos los Suscriptores serán notificados acerca de los cambios mediante un nuevo aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Usted puede solicitar una copia de este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento comunicándose a BlueCross BlueShield of Tennessee, Privacy Office, 1 Cameron Hill Circle, Chattanooga, TN 37402.

ORGANIZACIONES CUBIERTAS POR ESTE AVISO

Este aviso se aplica a las prácticas de privacidad de BlueCross BlueShield of Tennessee y sus subsidiarias o entidades afiliadas cubiertas. La información médica acerca de nuestros Miembros y Suscriptores puede ser compartida según sea necesario para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Su información médica puede ser utilizada y divulgada para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, por ejemplo:

TRATAMIENTO: Su información médica puede ser divulgada al médico u hospital que la solicite para brindarle tratamiento.

PAGO: Su información médica puede ser utilizada o divulgada para pagar reclamaciones por servicios, que están cubiertos conforme a su plan de beneficios médicos.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Su información médica puede ser utilizada y divulgada para determinar las primas, las actividades de mejoramiento y evaluación de la calidad de la conducta, para establecer la coordinación de la atención o la administración del caso, acreditación, realización y solución de servicios legales, y para otros fines administrativos similares.

AUTORIZACIONES: Usted puede brindar autorización escrita para el uso de su información médica o su divulgación a cualquier persona y para cualquier fin. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no afectará el uso o la divulgación permitida durante la vigencia de su autorización. No podemos utilizar ni divulgar su información médica por ningún motivo excepto por aquellos descritos en este aviso, sin su autorización escrita.

REPRESENTANTE PERSONAL: Su información médica puede ser divulgada a un familiar, amigo u otra persona según sea necesario para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica. Usted debe aprobar que podemos hacerlo, conforme a lo descrito en la sección Derechos Individuales de este aviso que se detalla más abajo.

MARKETING: Su información médica puede ser utilizada para proporcionar información acerca de los beneficios, servicios o alternativas de tratamiento relacionados con la salud que pueden ser de su interés. Su información médica puede ser divulgada a un socio comercial que nos asiste en la difusión de información que brindamos a usted. Puede optar por excluirse del envío de información (consulte las instrucciones de exclusión que se detallan al final de este aviso), a menos que la información le sea enviada en un boletín o en persona o esté relacionada con los productos o servicios de valor nominal.

INVESTIGACIÓN: Nuestras obligaciones legales permiten que su información médica sea utilizada o divulgada para fines de investigación. Si usted fallece, su información médica puede ser divulgada a un forense, médico examinador, director de funeral u organización para la procuración y ablación de órganos.

CONFORME A LO REQUERIDO POR LEY: Su información médica puede ser utilizada o divulgada conforme a lo requerido por las leyes estatales o federales.

ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA: La información médica puede ser divulgada a pedido de una orden judicial o administrativa, una citación, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal, bajo determinadas circunstancias.

VÍCTIMA DE ABUSO: Si considera que ha sido víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otro delito, la información médica puede ser divulgada según sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otras personas. La información médica puede ser divulgada, cuando sea necesario, para ayudar a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley a capturar a un individuo que ha aceptado participar en un delito o que se ha escapado de la custodia legal.

AUTORIDADES MILITARES: La información médica del personal de las Fuerzas Armadas puede ser divulgada a autoridades militares bajo ciertas circunstancias. La información médica puede ser divulgada a funcionarios federales autorizados conforme a lo requerido por inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a leer u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. **Usted debe presentar una solicitud por escrito, utilizando un formulario disponible en la Oficina de Privacidad, para obtener acceso a su información médica.** Si solicita copias de su información médica, se le cobrará \$0.25 por página, \$10 por hora por el tiempo del personal requerido para copiar tal información, y franqueo si desea que le enviemos las copias por correo postal. Si solicita un formato alternativo, el cargo dependerá de nuestro costo por el suministro de su información médica en dicho formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o explicación de su información médica a cambio de un costo. Para obtener más información acerca de la estructura de tarifas, comuníquese con la Oficina de Privacidad. Requeriremos el pago anticipado del copiado de su información médica.

Usted tiene el derecho a recibir un detalle de todas las divulgaciones de su información médica que nosotros o un socio comercial hayamos realizado por algún motivo, que no sea a los fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica posteriores al 14 de abril de 2003. Este detalle incluirá la fecha de la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se le realizó la divulgación, una descripción de la información médica divulgada, el motivo de divulgación y otra información determinada. Si solicita un detalle

más de una vez en un período de 12 meses, es posible que se le cobre un cargo razonable basado en el costo por responder a dichas solicitudes adicionales. Para obtener más información acerca de las tarifas para dichos detalles, comuníquese con la Oficina de Privacidad.

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar todas las solicitudes. **Solo restringiremos el uso o la divulgación de su información médica conforme a lo establecido en un acuerdo escrito que está firmado por un representante de la Oficina de Privacidad en nombre de BlueCross BlueShield of Tennessee.**

Si cree que recibir información médica confidencial de la manera normal lo pondrá en riesgo, usted tiene el derecho a realizar una solicitud por escrito para que nosotros le comuniquemos dicha información mediante otro método o a otra dirección. **Si existe una amenaza inmediata, usted puede realizar dicha solicitud llamando a un representante del Servicio de Atención al Miembro o de la Oficina de Privacidad al 1-888-455-3824 y realizar un seguimiento con una solicitud por escrito cuando sea posible.** Debemos responder a su solicitud si es razonable, especifica cómo y dónde podemos comunicarnos con usted y continúa permitiéndonos recaudar las reclamaciones de pago y prima conforme a su plan de salud.

Usted tiene el derecho a realizar una solicitud por escrito para que corrijamos su información médica. **Su solicitud debe explicar por qué es necesario corregir la información.** Podemos rechazar su solicitud si la información médica que pretende corregir no fue creada por nosotros o por otros motivos permitidos por nuestras obligaciones legales. Si su solicitud es rechazada, le proporcionaremos una explicación escrita del motivo de rechazo. Si usted no está de acuerdo, puede enviar una declaración escrita que se incluirá con su información médica. Si aceptamos su solicitud, haremos los esfuerzos razonables para informar a las personas que usted designe acerca de la corrección y corregiremos cualquier divulgación futura de dicha información.

Si accede a este aviso en nuestro sitio web o lo recibe por correo electrónico, usted puede solicitar una copia escrita del mismo, comunicándose con la Oficina de Privacidad.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información acerca de las prácticas de privacidad de las compañías, o si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la Oficina de Privacidad.

Si:

- está preocupado de que hayamos violado sus derechos de privacidad; o
- no está de acuerdo con alguna decisión respecto del acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que usted haya hecho para corregir o restringir el uso o la divulgación de su información médica; o
- desea solicitar que nos comuniquemos con usted por otros medios alternativos o en otros lugares;

comuníquese con la Oficina de Privacidad.

Asimismo, puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección a donde puede enviar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si así lo solicita.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica. No existirá ningún tipo de represalias si decide enviarnos una queja o presentarla al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**The Privacy Office
BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc.
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, TN 37402
(888) 455-3824
(423) 763-3520 FAX
Privacy_office@bcbst.com**

ANEXO A: SERVICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

El Plan pagará el Cargo Máximo Permitido para los servicios y suministros Médicamente Necesarios y Adecuados que se describen a continuación y que son provistos de acuerdo con los programas de reembolso que se indican en el Anexo C: Programa de beneficios de este Manual para Miembros. Los cargos que excedan las tasas de reembolso establecidas en el Programa de Beneficios no son elegibles para reembolso o pago.

Para ser elegible para reembolso o pago, todos los servicios o suministros deben ser provistos de acuerdo con nuestros procedimientos de Política Médica y Administración Médica. (Consulte la Sección de Administración Médica).

Los Servicios Cubiertos y las Limitaciones que se indican en este Anexo se establecen conforme a:

- los Proveedores Elegibles; y
- los servicios Elegibles.

Una ventaja de utilizar los Proveedores de la Red PPO es que estos Proveedores han acordado aceptar el Cargo Máximo Permitido establecido por nosotros para los Servicios Cubiertos. El Cargo Máximo Permitido es lo que hemos acordado, mediante un contrato, pagar a estos Proveedores en relación con los Servicios Cubiertos. (Consulte la sección Definiciones para obtener información sobre el Cargo Máximo Permitido y los Servicios Cubiertos). Asimismo, los Proveedores de la Red han acordado no facturarle las cantidades que excedan estos Cargos Máximos Permitidos.

**Si necesita ayuda para encontrar un proveedor y/o concertar una cita,
llame al: 1-888-887-3224.**

Los Proveedores Fuera de la Red no tienen contrato con nosotros. Esto significa que podrán cobrarle más de la cantidad estipulada por nosotros en nuestros contratos. Con los Proveedores Fuera de la Red, usted debe pagar la cantidad total que le han facturado.

Recibir servicios que no se mencionan en este Anexo o que no son de conformidad con nuestros Procedimientos y Políticas de Administración Médica puede tener como consecuencia el rechazo del pago. Obtener Autorización Previa no garantiza la Cobertura. Es necesario cumplir con todas las cláusulas del Manual para Miembros antes de recibir la Cobertura para la prestación de los servicios. Nuestras Políticas Médicas pueden ayudar a su Proveedor a determinar si se cubrirá un servicio propuesto.

**Los Servicios Cubiertos tienen límites anuales.
Consulte el Anexo C: Programa de Beneficios para estos límites.**

I. PROVEEDORES DE SERVICIOS ELEGIBLES

A. Profesionales Médicos

Todos los servicios deben ser prestados por un Profesional Médico mencionado en el Directorio de Proveedores de la Red. Los servicios provistos por un Profesional Médico deben estar dentro de su especialidad o titulación. Todos los servicios deben ser provistos por el Profesional Médico o el delegado que factura para el Profesional Médico, y deben estar dentro del alcance de su licencia.

B. Otros Proveedores de Servicio

Persona o centro, que no sea el Profesional Médico, que está debidamente autorizado para prestar Servicios Cubiertos y que figura en el Directorio de Proveedores de la Red.

C. Proveedores Fuera de la Red

No se pagará ningún beneficio por los servicios recibidos de Proveedores Fuera de la Red conforme a este plan. Existen dos excepciones:

1. Usted tiene beneficios para Profesionales Médicos de un hospital Fuera de la Red en un centro de la Red.
2. En una Emergencia verdadera, tiene beneficios para Proveedores Fuera de la Red (Centro y Profesionales Médicos), pero únicamente hasta alcanzar el Cargo Máximo Permitido. Usted deberá pagar cualquier diferencia entre el Cargo Máximo Permitido y los cargos del Proveedor Fuera de la Red.

II. SERVICIOS ELEGIBLES:

A. Servicios en el Consultorio del Profesional Médico

Servicios Médicamente Necesarios y Adecuados en el consultorio de un Profesional Médico.

1. Cubiertos
 - a. Servicios y suministros para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones, incluidos los relacionados con la audición, el habla, la voz o el lenguaje que no sean por un trastorno nervioso funcional.
 - b. Inyecciones y medicamentos administrados en el consultorio de un Profesional Médico, excepto los Productos de Especialidades Farmacéuticas. (Para más información acerca de la Cobertura, consulte la sección Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por el Proveedor).
 - c. Moldes y vendajes.
 - d. Asesoramiento y educación nutricional.
 - e. Cuidado de los pies necesario para evitar complicaciones de una enfermedad existente.
 - f. Interconsulta quirúrgica de un Profesional Médico que no está en el mismo grupo médico del Profesional Médico que recomendó la cirugía inicialmente.
 - g. Afecciones de Emergencia que se presentan en el Consultorio del Profesional Médico.

2. Exclusiones

- a. Visitas al consultorio y exámenes físicos para: (1) la escuela; (2) campamentos; (3) el trabajo; (4) viajes; (5) seguros; (6) matrimonio o procedimientos legales y (7) pruebas y vacunas relacionadas.
- b. Cuidado de los pies de rutina para el tratamiento de: 1) pies planos; 2) callos; 3) juanetes; 4) callosidades; 5) uñas de los pies; 6) arcos vencidos y 7) pies débiles o esguince de tobillo crónico.
- c. Ortopedia para pies, plantillas y zapatos a medida, excepto para pacientes con diabetes o como parte de un aparato ortopédico para la pierna.
- d. Terapias de rehabilitación
- e. Atención de la maternidad pre y posparto, incluidas las complicaciones del embarazo (excepto el diagnóstico inicial de un embarazo).
- f. Diagnósticos que no son de rutina (incluidas, entre otros, las imágenes por resonancia magnética, las tomografías computarizadas y las tomografías por emisión de positrones).
- g. Pruebas de alergias, inyecciones y sueros.

B. Servicios Preventivos

Servicios Médicamente Necesarios y Adecuados para evaluar el estado físico y detectar anomalías. La frecuencia de las visitas y los servicios se basan en las pautas de la Política Médica del Plan.

1. Cubiertos

- a. Un Estudio Preventivo para Mujeres Sanas por Año Calendario, incluida una visita de seguimiento. Esta visita incluye mamografía y una prueba de detección de cáncer de cuello uterino.
- b. Prueba de detección de cáncer de próstata.
- c. Un Estudio Preventivo por Año Calendario. Esta visita puede incluir:
 - Evaluación de la presión arterial;
 - Prueba de detección periódica del colesterol;
 - Vacuna para la gripe;
 - Refuerzo contra el tétano y la difteria (Td);
 - Vacuna contra el neumococo;
 - Otras vacunas recomendadas para adultos y vacunas que no se recibieron durante la niñez;
 - Otras pruebas de detección de laboratorio y radiografías recetadas en relación con la atención preventiva;
 - Pruebas de la visión y audición realizadas por el médico durante el examen de salud preventivo.

Algunos de estos servicios no son necesarios todos los años, o pueden ser adecuados únicamente para personas de determinada edad, determinado sexo o personas que cumplen con otros criterios de salud específicos.

2. Exclusiones

- a. Vacunas necesarias para viajar al extranjero.
- b. Visitas al consultorio y exámenes físicos para: (1) la escuela; (2) campamentos; (3) el trabajo; (4) viajes; (5) seguros; (6) matrimonio o procedimientos legales y (7) pruebas y vacunas relacionadas.
- c. Diagnósticos que no son de rutina (incluidas, entre otros, las imágenes por resonancia magnética, las tomografías computarizadas y las tomografías por emisión de positrones)
- d. Servicios preventivos no mencionados como cubiertos.
- e. Servicios no prestados conforme a las pautas de la Política Médica del Plan.

C. Procedimientos/Cirugía en el Consultorio

Procedimientos/cirugías Médicamente Necesarios y Adecuados realizados en el consultorio de un Profesional Médico. Las cirugías que implican una escisión o incisión de la piel o los tejidos mucosos, tratamiento de huesos quebrados o dislocados, y/o inserción de instrumentos para fines de exploración o diagnóstico en un orificio natural del cuerpo.

1. Cubiertos

- a. Escisión de lesiones cutáneas e incisiones.
- b. Reparación de laceraciones.
- c. Extracción de cuerpos extraños de la piel, los ojos u orificios.
- d. Sigmoidoscopia, faringoscopia u otras endoscopias.
- e. Biopsias.
- f. Colposcopia.
- g. Incisión y drenaje de absceso.
- h. Aspiración de quistes.
- i. Inyección y aspiración conjunta.
- j. Escisión de la uña del pie.
- k. Criocirugía de lesiones cutáneas y cervicales.
- l. Moldes y férulas.
- m. Vasectomía.

2. Exclusiones

- a. Procedimientos dentales.
- b. Colonoscopias.

D. Servicios para Pacientes Hospitalizados

Servicios y suministros Médicamente Necesarios y Adecuados en un Hospital que: (1) es una institución autorizada para la atención de Enfermedades Agudas; (2) presta servicios para Pacientes Hospitalizados; (3) tiene centros médicos y de

cirugía principalmente para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones; y (4) cuenta con personal de Médicos autorizado para practicar la medicina y ofrece atención de enfermería las 24 horas provista por enfermeros profesionales registrados. No es necesario que los hospitales psiquiátricos tengan un centro de cirugía.

1. Cubiertos

- a. Servicios de habitación en una habitación semiprivada (o habitación privada, si los cargos por servicios de habitación son los mismos que para una habitación semiprivada), atención de enfermería general, medicamentos, inyecciones, servicios de diagnóstico y unidades de cuidados especiales.
- b. Servicios de Profesional Médico para atención profesional.
- c. Internaciones para observación.
- d. La sangre y el plasma están cubiertos a menos que sean gratuitos.

2. Exclusiones

- a. Internaciones de Pacientes Hospitalizados principalmente para terapia (como fisioterapia o terapia ocupacional).
- b. Rehabilitación de Pacientes Hospitalizados.
- c. Enfermería privada.
- d. Servicios de parto y maternidad, incluidas las complicaciones del embarazo.
- e. Servicios que podrían ser prestados en un entorno menos intensivo.
- f. Habitación privada cuando no está autorizada por el Plan y cargos por servicios de habitación que exceden los cargos de una habitación semiprivada.

E. Servicios de Atención de Emergencia en Hospital

Los servicios y suministros de atención médica Medicamento Necesarios y Adecuados proporcionados en un Hospital que son requeridos para determinar, evaluar y/o tratar una Emergencia hasta que dicha afección se haya estabilizado, conforme a lo indicado u ordenado por el Profesional Médico o el protocolo del Hospital. En el caso de una Emergencia verdadera, están disponibles los beneficios de un Centro Fuera de la Red, hasta alcanzar el Cargo Máximo Permitido. Usted deberá pagar cualquier diferencia existente entre el Cargo Máximo Permitido y los cargos facturados del Centro Fuera de la Red.

1. Cubiertos

- a. Servicios, suministros y medicamentos de Emergencia Medicamento Necesarios y Adecuados que se requieren para diagnosticar y estabilizar su afección de Emergencia.
- b. Servicios del Profesional Médico.

2. Exclusiones

- a. Servicios recibidos para la atención de un Paciente Hospitalizado o su transferencia a otro centro luego de que su afección médica haya sido

estabilizada, a menos que se obtenga Autorización Previa del Plan dentro de las 24 horas o al siguiente día laborable.

F. Servicios de Ambulancia

Transporte terrestre, servicios, suministros y medicamentos Médicamente Necesarios y Adecuados provistos por un servicio de ambulancia autorizado cuando la experiencia técnica o de tiempo del transporte es fundamental para disminuir la probabilidad de daños.

1. Cubiertos

- a. Transporte terrestre Médicamente Necesario y Adecuado desde la escena del accidente o emergencia hasta el centro adecuado más cercano.

2. Exclusiones

- a. Ambulancia aérea.
- b. Transporte para su comodidad.
- c. Transporte que no es esencial para disminuir la probabilidad de daños.
- d. Servicios cuando usted no es transportado a un centro.

G. Servicios en el Centro para Pacientes Ambulatorios

Diagnósticos, terapias y cirugías Médicamente Necesarios y Adecuados que se realizan en un centro para pacientes ambulatorios que incluye: (1) centros de cirugía para pacientes ambulatorios; (2) el centro para pacientes ambulatorios de un hospital y (3) centros de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

1. Cubiertos

- a. Servicios del Profesional Médico.
- b. Diagnóstico de pacientes ambulatorios (como servicios de radiografía y laboratorio).
- c. Tratamientos para pacientes ambulatorios (como medicamentos e inyecciones).
- d. Cirugías y suministros para pacientes ambulatorios.
- e. Internaciones para observación.

2. Exclusiones

- a. Terapias de rehabilitación.
- b. Vasectomías.
- c. Servicios de parto y maternidad (incluidas las complicaciones del embarazo).
- d. Servicios que podrían ser prestados en un entorno menos intensivo.

H. Salud Conductual

Tratamiento Médicamente Necesario y Adecuado de trastornos de la salud mental y de abuso de sustancias químicas (afecciones de la salud conductual) caracterizados por el funcionamiento anormal de la mente o las emociones y en el que las

perturbaciones psicológicas, emocionales o del comportamiento son características predominantes.

1. Cubiertos

- a. Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios para la atención y el tratamiento de trastornos de la salud mental y de abuso de sustancias químicas.
- b. Podemos sustituir días de pacientes hospitalizados por otros niveles de atención de la siguiente manera:
 - (1) Un día de paciente hospitalizado por 2 días de hospitalización parcial.
 - (2) Un día de paciente hospitalizado por 3 días de programa intensivo para pacientes ambulatorios.

2. Exclusiones

- a. Nivel de atención de tratamiento residencial para trastornos psiquiátricos o de abuso de sustancias químicas.
- b. Asesoramiento pastoral.
- c. Asesoramiento de pareja y familiar sin un diagnóstico de la salud conductual.
- d. Tratamiento y/o servicios vocacionales y educativos.
- e. Atención de custodia o domiciliaria.
- f. Servicios relacionados con el Retraso Mental, Trastornos del Aprendizaje o Discapacidades del Desarrollo, Trastornos o Retrasos según lo estipulado en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD).
- g. Servicios habilitativos en oposición a los servicios de rehabilitación; es decir, servicios para alcanzar un nivel de funcionamiento que la persona nunca ha logrado.
- h. Toda atención en lugar de encarcelación o implicación legal.
- i. Hipnosis o técnicas hipnóticas de regresión.
- j. Cargos por consultas telefónicas, inasistencias a citas, llenado de formularios u otros servicios administrativos.
- k. Terapia de mantenimiento con metadona.
- l. Terapia de mantenimiento con buprenorfina.
- m. Todos los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) que no están incluidos en el rango de códigos del 290 hasta el 314.9 inclusive.

I. Cirugía Mamaria Reconstructiva

Procedimientos quirúrgicos Médicamente Necesarios y Adecuados cuyo fin es restaurar la forma y el funcionamiento normal.

1. Cubiertos

- a. Cirugía mamaria reconstructiva como consecuencia de una mastectomía (que no sea tumorectomía), incluida la cirugía de la mama no enferma necesaria para lograr una simetría entre ambas mamas.

2. Exclusiones

- a. Servicios, suministros o prótesis importantes para mejorar la apariencia.
- b. Cirugías para corregir o reparar los resultados de un procedimiento quirúrgico anterior, cuyo propósito principal fue mejorar la apariencia.
- c. Cirugías y servicios relacionados para cambiar el sexo.
- d. Cualquier otra cirugía reconstructiva.

J. Servicios de Diagnóstico

Servicios de radiología y pruebas de laboratorio de diagnóstico Medicamente Necesarios y Adecuados.

1. Cubiertos

- a. Servicios de Diagnóstico que no son de Rutina recetados por un Profesional Médico.
- b. Todos los demás Servicios de Diagnóstico recetados por un Profesional Médico.

2. Exclusiones

- a. Servicios de Diagnóstico que no son Medicamente Necesarios y Adecuados.
- b. Servicios de Diagnóstico no recetados por un Profesional Médico.

K. Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor

Productos de especialidades farmacéuticas Medicamente Necesarios y Adecuados para el tratamiento de enfermedades, administrados por un Profesional Médico o una agencia para la atención médica a domicilio.

1. Cubiertos

- a. Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor para el tratamiento del cáncer, e identificados en la Lista de Productos de Especialidades Farmacéuticas del Plan CoverTN (incluye la administración por parte de un proveedor calificado).

2. Exclusiones

- a. Productos de Especialidades Farmacéuticas Autoadministrados según lo indicado en la lista de productos de especialidades farmacéuticas del Plan.
- b. Otros Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor que no se utilizan para el tratamiento del cáncer y no están incluidos en la Lista de Productos de Especialidades Farmacéuticas del Plan CoverTN.

L. Visión

Diagnóstico y tratamiento Medicamente Necesarios y Adecuados de enfermedades y lesiones que dificultan la visión.

1. Cubiertos

- a. Servicios y suministros para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo.
- b. Primer par de anteojos o lentes de contacto requeridos para ajustar los cambios de la visión debido a una cirugía de cataratas y que fueron adquiridos dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía.

2. Exclusiones

- a. Servicios, cirugías y suministros para detectar o corregir errores de refracción de los ojos.
- b. Anteojos, lentes de contacto y exámenes para ajustar los anteojos y los lentes de contacto.
- c. Ejercicios y/o terapias oculares.
- d. Entrenamiento de la visión.

M. Tratamiento de la Diabetes

Diagnóstico y tratamiento de la diabetes Medicamento Necesarios y Adecuados. A fin de ser cubiertos, dichos servicios deben ser recetados y certificados por un Profesional Médico conforme a lo Medicamento Necesario. El tratamiento de la diabetes consiste en equipos y suministros médicos.

1. Cubiertos

- a. Monitores de glucosa en sangre, según lo mencionado en la Lista de Medicamentos Aprobados. Tiras reactivas para los monitores de glucosa en sangre, según lo mencionado en Lista de Medicamentos Aprobados.
- b. Insulina.
- c. Jeringas.
- d. Lancetas.

2. Exclusiones

- a. Tiras reactivas para orina y lectura visual.
- b. Artículos para inyección.
- c. Bombas de insulina, dispositivos para la infusión y accesorios.
- d. Agentes antidiabéticos orales.
- e. Kits de emergencia de glucagón.
- f. Tratamientos o suministros que no están recetados y certificados por un Profesional Médico como Medicamento Necesarios.
- g. Capacitación y educación sobre la autoadministración para pacientes ambulatorios, incluido asesoramiento sobre nutrición médica.

N. Servicios de Atención Médica a Domicilio

Servicios y suministros Médicamente Necesarios y Adecuados provistos en su hogar por un Profesional Médico que está dedicado a prestar servicios de atención médica a domicilio.

1. Cubiertos

- a. Servicios, suministros y medicamentos de la salud intermitentes y de medio tiempo provistos por un enfermero registrado o bajo su supervisión.
- b. Terapia de infusión a domicilio.
- c. La Cobertura está limitada según lo indicado en el Anexo C: Programa de Beneficios.

2. Exclusiones

- a. Artículos como servicios que no son parte del tratamiento o: (1) transporte de rutina; (2) servicios de empleada doméstica; (3) asesoramiento del comportamiento; (4) equipo ambiental de asistencia; (5) Atención de Mantenimiento o Atención de Custodia; (6) asistencia social; (7) entrega de comidas; (8) higiene personal y (10) artículos de conveniencia.
- b. Terapias de rehabilitación como fisioterapia, terapia ocupacional, etc.
- c. Servicios sociales médicos.
- d. Asesoramiento nutricional.
- e. Servicios que no fueron autorizados por el Plan.

O. Centro de Cuidados Paliativos

Servicios y suministros Médicamente Necesarios y Adecuados para la atención de asistencia en casos donde la esperanza de vida es de 6 meses o menos.

1. Cubiertos

- a. Beneficios provistos para: (1) atención de enfermería intermitente de medio tiempo; (2) servicios sociales médicos; (3) asesoramiento en procesos de duelo; (4) medicamentos para el control o la paliación de la enfermedad; (5) servicios de atención médica a domicilio y (6) fisioterapia o terapia de respiración para el control de los síntomas.

2. Exclusiones

- a. Servicios como: (1) servicios de empleada doméstica; (2) comidas; (3) artículos de conveniencia o confort que no están relacionados con la enfermedad; (4) equipo ambiental de asistencia; (5) enfermería privada; (6) transporte de rutina y (7) asesoramiento funerario o financiero.

P. Programa de Medicamentos de Venta con Receta

Medicamentos genéricos de venta con receta incluidos en la Lista de Medicamentos Aprobados, insulina, tiras reactivas y ciertos Medicamentos de Marca para el tratamiento de la gripe recetados cuando usted no se encuentra internado en un hospital u otro centro.

BENEFICIOS PARA LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Medicamentos Genéricos: \$8 Copago por Medicamentos por Receta por suministro para 30 días

Insulina y tiras reactivas: \$10 Copago por Medicamentos por Receta por suministro para 30 días

Medicamentos de Marca (limitado a ciertos medicamentos para el tratamiento de la gripe): \$25 Copago por Medicamentos por Receta por suministro para 30 días

Los Medicamentos Genéricos de Venta con Receta están sujetos a un Máximo de Beneficio por Trimestre Calendario de: \$75

Los medicamentos y suministros para la diabetes y ciertos Medicamentos de Marca para el tratamiento de la gripe no se cuentan en el Máximo de Beneficio por Trimestre Calendario

En la Farmacia de la Red, usted pagará el menor valor de su Copago o el cargo de la Farmacia.

Sus Copagos varían en función de los días de entrega de suministros como se indica a continuación:

	Suministro de un mes (hasta 30 días)	Suministro de dos meses (de 31 a 60 días)	Suministro de tres meses (de 61 a 90 días)
	Medicamento Genérico/de Marca/Insulina	Medicamento Genérico/de Marca/Insulina	Medicamento Genérico/de Marca/Insulina
Red de venta al por menor hasta 30 días	\$8/\$10/\$25	No corresponde	No corresponde
Red de entrega a domicilio	\$8/\$10/\$25	\$16/\$20/\$50	\$24/\$30/\$75
Fuera de la red	No cubierto		

Los Medicamentos de Marca están limitados a Insulina y tiras reactivas y ciertos Medicamentos de Marca aprobados para el tratamiento de la gripe.

Algunos productos pueden estar sujetos a Limitaciones de Cantidad adicionales adoptadas por nosotros.

Las cantidades Máximas de Beneficios de Medicamentos no se aplican para alcanzar ninguna otra cantidad Máxima de Beneficios del Plan.

Si tiene una Receta completada en una Farmacia Fuera de la Red, dicha Receta no será cubierta conforme al presente Manual para Miembros.

1. SERVICIOS CUBIERTOS

- a. Medicamentos de Venta con Receta recetados cuando usted no se encuentra internado en un hospital u otro centro. Los Medicamentos de Venta con Receta deben:
 - (1) ser recetados el día de inicio de su Cobertura o después;
 - (2) ser aprobados para uso por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA);
 - (3) ser suministrados por un farmacéutico autorizado o un médico participante;
 - (4) figurar en la Lista de Medicamentos Aprobados cerrada; y
 - (5) no estar disponibles para la compra sin Receta.

2. LIMITACIONES

- a. Los reabastecimientos deben realizarse conforme a lo indicado en la Receta. Si la Receta no especifica la cantidad de reabastecimientos, los beneficios para reabastecimiento no serán provistos por más de un año a partir de la fecha de la primera Receta.
- b. El Plan tiene límites de tiempo respecto de la frecuencia para el reabastecimiento de una Receta. Si usted solicita un reabastecimiento demasiado pronto, la Farmacia de la Red le informará cuando su beneficio de Receta cubrirá el reabastecimiento.
- c. Los suministros, dispositivos y aparatos médicos de Venta con Receta y que no son de Venta con Receta no están cubiertos, excepto las jeringas u otros suministros que estén cubiertos de alguna otra manera en el Manual para Miembros para el tratamiento de la diabetes.
- d. Los Medicamentos de Venta con Receta que están embalados comercialmente o que comúnmente se distribuyen en cantidades menores a suministros de 30 días calendario (p. ej., artículos de venta con receta que se distribuyen con base en una cantidad determinada para un régimen terapéutico) estarán sujetos a un Copago por Medicamentos, siempre y cuando la cantidad no exceda la dosis aprobada por la FDA para cuatro semanas calendario.
- e. El Plan no cubre los Medicamentos de Venta con Receta dados con fines que no sean:
 - (1) indicaciones aprobadas por la FDA; o
 - (2) indicaciones fuera de lo indicado en la etiqueta reconocidas a través de material médico revisado por colegas.

3. EXCLUSIONES

Los siguientes servicios, suministros y Cargos no están cubiertos conforme a esta sección:

- a. medicamentos que se recetan, distribuyen o están destinados para su uso durante su internación en un hospital, centro de enfermería especializada o

centro similar, excepto que estén cubiertos de alguna otra manera en el Manual para Miembros;

- b. cualquier droga, medicamento, vitamina o aparato recetado y de venta libre que no requiere una Receta conforme a lo estipulado por las leyes federales y estatales, y/o los Medicamentos de Venta con Receta distribuidos en el consultorio médico están excluidos, excepto que estén cubiertos de alguna otra manera en este Manual para Miembros;
- c. cualquier cantidad de Medicamentos de Venta con Receta que excedan la cantidad especificada por el Comité P&T del Plan;
- d. cualquier Medicamento de Venta con Receta adquirido fuera de los Estados Unidos, excepto los autorizados por nosotros;
- e. cualquier Receta suministrada por o a través de una Farmacia en línea que no es de venta al por menor;
- f. suministros o sustancias no médicas, incluidas prendas especiales, independientemente de su aplicación;
- g. cualquier medicamento o medicina distribuido más de un año después de la fecha que figura en la Receta;
- h. Medicamentos de Venta con Receta que usted tiene derecho a recibir sin cargo, conforme a las leyes de compensación del trabajador o cualquier programa municipal, estatal o federal;
- i. la sustitución de Recetas como consecuencia de la pérdida, derrame, robo o extravío de los medicamentos (excepto conforme a lo requerido por las leyes aplicables);
- j. medicamentos distribuidos por un Proveedor que no sea una Farmacia;
- k. administración o inyección de cualquier medicamento;
- l. Medicamentos de Venta con Receta que no figuran en la Lista de Medicamentos Aprobados;
- m. Medicamentos de Venta con Receta utilizados para fines cosméticos incluidos, entre otros: 1) medicamentos utilizados para reducir arrugas (p. ej., Renova); 2) medicamentos para promover el crecimiento capilar; 3) medicamentos para controlar la transpiración; 4) medicamentos para eliminar el vello (p. ej., Vaniqa) y 5) cremas para aclarar manchas de la piel;
- n. medicamentos compuestos;
- o. Medicamentos Experimentales y/o de Investigación;
- p. Medicamentos de Marca, excepto insulina y ciertos medicamentos utilizados para tratar la gripe, a menos que estén cubiertos de alguna otra manera en este Manual para Miembros;
- q. Medicamentos de Venta con Receta adquiridos en una Farmacia Fuera de la Red;
- r. Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor, según lo indicado en nuestra Lista de Productos de

Especialidades Farmacéuticas, excepto que estén cubiertos de alguna otra manera en este Manual para Miembros.

- s. Medicamentos de Venta con Receta o reabastecimientos suministrados:
 - (1) en cantidades que exceden las sumas especificadas en la sección PAGO DE BENEFICIO; o
 - (2) que exceden cualquier Máximo Anual aplicable o cualquier otra cantidad máxima de beneficio estipulada en este Manual para Miembros.

El Plan retendrá cualquier reintegro, descuento, reembolso u otros pagos que constituyan una devolución de dinero pagado por los Servicios Cubiertos conforme a lo definido en esta sección.

ANEXO B: EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Este Manual para Miembros no proporciona beneficios para los siguientes servicios, suministros o cargos:

1. Servicios o suministros que no figuran como Servicios Cubiertos en el Anexo A, Servicio Cubierto.
2. Servicios o suministros que se determina que no son Medicamente Necesarios y Adecuados, o que no han sido autorizados por el Plan.
3. Servicios o suministros que son de Investigación incluidos, entre otros: (1) fármacos; (2) productos biológicos; (3) medicamentos; (4) aparatos y (5) tratamientos.
4. Cuando existe más de un tratamiento alternativo, cada uno es Medicamente Adecuado y Medicamente Necesario, y cada uno debería satisfacer sus necesidades, nos reservamos el derecho a pagar el Servicio Cubierto alternativo menos costoso.
5. Las enfermedades o lesiones que sean consecuencia de una guerra, que hayan ocurrido antes del inicio de su Cobertura conforme a este Manual para Miembros y que estén cubiertas por: (1) beneficios para excombatientes u (2) otra cobertura a la cual usted tiene derecho legalmente.
6. Auto tratamiento o capacitación.
7. Consultas al personal requeridas conforme a las reglas del hospital u otro centro.
8. Servicios gratuitos.
9. Servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades o lesiones relacionadas con su participación en un delito, intento de delito, disturbio o rebeldía.
10. Servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, independientemente de la existencia o no de cobertura de compensación del trabajador. Esta exclusión no se aplica a lesiones o enfermedades de un Empleado Cubierto que es (1) empresario individual del Empleador; (2) socio del Empleador o (3) ejecutivo de empresa del Empleador, siempre y cuando el ejecutivo haya presentado una opción de no aceptar la Compensación del Trabajador al departamento de gobierno adecuado.
11. Artículos y servicios personales, para actividades físicas, recreativas o de conveniencia como: (1) servicios de peluquería y belleza; (2) televisión; (3) aire acondicionado; (4) humidificadores; (5) filtros de aire; (6) calefactores; (7) aparatos de actividad física; (8) saunas; (9) piscinas de hidromasaje; (10) purificadores de agua; (11) piscinas; (12) camas solares; (13) programas de pérdida de peso; (14) programas de actividad física o (15) aparatos de autoayuda que no son especialmente médicos, aun cuando son recetados por un Profesional Médico.
12. Servicios o suministros recibidos antes de la entrada en vigencia de su Cobertura de este Plan.
13. Servicios o suministros relacionados con una Internación Hospitalaria, recibida antes de la entrada en vigencia de su Cobertura de este Plan.
14. Servicios o suministros recibidos luego de la suspensión de su Cobertura conforme a este Plan por algún motivo. Esto es válido aunque los gastos estén relacionados con una afección que comenzó durante la vigencia de su Cobertura.

15. Servicios o suministros recibidos en un departamento dental o médico mantenido por o en nombre del Empleador, una mutual, un sindicato o grupo similar.
16. Consultas telefónicas o por correo electrónico, o cargos por no asistir a una cita programada, por completar un formulario de reclamación o por proporcionar expedientes clínicos.
17. Servicios para proporcionar información médica solicitada o completar formularios. No le cobraremos a usted o su representante legal los cargos de copiado requerido por ley.
18. Exámenes y tratamientos ordenados por un tribunal, a menos que sean Médicamente Necesarios.
19. Cargos por servicios de habitación y atención de enfermería general provistos el día en que se le da el alta, a menos que la admisión y el alta tengan lugar el mismo día.
20. Los beneficios para Afecciones Preexistentes se excluyen hasta alcanzar los Períodos de Espera para Afecciones Preexistentes. Consulte el Período de Espera para Afecciones Preexistentes en el Anexo C: Programa de Beneficios.
21. Cargos que excedan el Cargo Máximo Permitido para Servicios Cubiertos o cualquier cargo que exceda los límites de beneficios individuales o el Máximo Anual.
22. Cualquier servicio definido en el Anexo A como Servicio no Cubierto o limitación.
23. Cargos por servicios prestados por usted o su cónyuge, o su padre, madre, hermana, hermano, hijo o hija, o los de su cónyuge.
24. Cualquier cargo por procesamiento.
25. Terapia para sustituir la nicotina y ayudas para dejar de fumar incluidos, entre otros, los parches.
26. Artículos de seguridad o artículos para influir en el rendimiento especialmente en actividades relacionadas con los deportes.
27. Servicios o suministros relacionados con la obesidad, incluido el tratamiento quirúrgico u otro tratamiento para problemas de obesidad mórbida.
28. Servicios o suministros relacionados con el tratamiento de complicaciones que están directa o íntimamente relacionadas con la negación de un Miembro de aceptar un tratamiento, medicamentos o un tratamiento que un Proveedor ha recomendado o determinado como Médicamente Necesario, incluido el abandono de un centro médico para pacientes hospitalizados en contra de la recomendación del médico tratante.
29. Servicios o suministros relacionados con servicios cosméticos, incluidos servicios quirúrgicos o de otro tipo, medicamentos o aparatos. Los servicios cosméticos incluyen, entre otros: (1) eliminación de tatuajes; (2) rejuvenecimiento facial; (3) eliminación de queloides; (4) dermoabrasión; (5) peeling; (6) rinoplastia; (7) aumento de mamas y (8) reducción mamaria.
30. Blefaroplastia y frontoplastia, excepto: (1) corrección de lesiones en el área orbital producidas por traumas físicos o procedimientos quirúrgicos no cosméticos (p. ej., eliminación de tumores malignos); (2) tratamiento de edemas e irritación como consecuencia de la enfermedad de Graves o (3) corrección de triquiasis, ectropión o entropión de los párpados.
31. Servicios y cargos relacionados con la atención de la madre biológica de un niño adoptivo, si la madre biológica no es un Miembro. Servicios y cargos relacionados con quienes actúan como progenitores.

32. Preservación de esperma.
33. Servicios o suministros para cirugía ortognática.
34. Servicios o suministros para Atención de Mantenimiento.
35. Enfermería privada.
36. Estudios farmacogenéticos.
37. Servicios o suministros para tratar la disfunción sexual, independientemente del motivo, incluidas, entre otras, la disfunción eréctil, la eyaculación tardía, anorgasmia y libido disminuida.
38. Extracción de dientes retenidos, incluidas las muelas del juicio.
39. Servicios o suministros para terapias de mantenimiento con metadona y terapias de mantenimiento con buprenorfina.
40. Ortosis craneal, incluido el casco o la banda craneal, para el tratamiento de la plagiocefalia.
41. Atención de la maternidad pre y posparto, incluidas las complicaciones del embarazo. Los beneficios pueden estar disponibles conforme al programa CoverKids.
42. Pruebas de alergias, inyecciones y sueros.
43. Rehabilitación de Pacientes Hospitalizados.
44. Servicios de planificación familiar y servicios para diagnosticar y tratar enfermedades que pueden afectar la fertilidad de manera adversa.
45. Cirugía para corregir defectos importantes como consecuencia de causas congénitas, accidentes o deformidad por una enfermedad.
46. Servicios del centro de enfermería especializada.
47. Servicios terapéuticos y de rehabilitación.
48. Trasplantes de órganos.
49. Servicios dentales.
50. Servicios para diagnosticar y tratar el síndrome o disfunción de la articulación temporomandibular.
51. Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor, excepto los incluidos específicamente en el Anexo A, Servicios Cubiertos.
52. Ortopedia.
53. Equipo médico duradero.
54. Prótesis.
55. Suministros médicos.

**Anexo C - Programa de Beneficios
CoverTN Plan B**

Para recibir los beneficios de este Plan, asegúrese de que el Proveedor sea miembro de la Red de Proveedores que se indica en la tarjeta de identificación de miembro. Si usted recibe servicios de un Proveedor Fuera de la Red, es posible que deba pagar el total de los cargos del Proveedor Fuera de la Red. El porcentaje de beneficios se aplica al Cargo Máximo Permitido para los Proveedores de la Red y los Proveedores no Contratados. Es posible que le cobren el saldo de los cargos de un Proveedor no Contratado. No hay beneficios disponibles para los servicios recibidos de Proveedores Fuera de la Red, excepto según lo indicado en este Programa.

Una vez que alcanza su Máximo Anual, deberá pagar, hasta el Cargo Máximo Permitido, los servicios recibidos de un Proveedor de la Red.

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Servicios Recibidos en el Consultorio del Profesional Médico			
Servicios de Consultorio para la Atención Preventiva Debe ser un Médico de Atención Primaria (PCP). Los Médicos de Atención Primaria incluyen Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Obstetricia/Ginecología y Profesional de Enfermería.			
Estudio Preventivo para Mujeres Sanas Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino 	100%	No cubierto	Un Estudio Preventivo para Mujeres Sanas por Año Calendario, sujeto al límite de visitas al consultorio de doce (12) visitas por Año Calendario para servicios médicos, quirúrgicos o preventivos llevados a cabo en el consultorio
Mamografía preventiva	100%	No cubierto	Incluida con un Estudio Preventivo para Mujeres Sanas por Año Calendario Las mamografías preventivas realizadas en un centro para pacientes ambulatorios no estarán sujetas al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Servicios Preventivos Incluye: Evaluación de la salud anual Vacunas Pruebas de detección preventivas, incluidas las pruebas de detección de cáncer próstata o colorrectal no invasivas (no incluye sigmoidoscopia flexible ni colonoscopia)	100%	No cubierto	Un Estudio Preventivo por Año Calendario, sujeto al límite de visitas al consultorio de doce (12) visitas por Año Calendario para servicios médicos, quirúrgicos o preventivos llevados a cabo en el consultorio
<p>Servicios en el Consultorio para el Diagnóstico y el Tratamiento de Enfermedades o Lesiones</p> <p>Los servicios pueden ser llevados a cabo por un Médico de Atención Primaria (PCP) o un Especialista. Los Médicos de Atención Primaria incluyen Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Obstetricia/Ginecología y Profesional de Enfermería. Se requiere Autorización Previa para los Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor que se utilizan en quimioterapia. Los Proveedores de la Red del Miembro dentro del estado de Tennessee deben obtener Autorización Previa. Es posible que el Miembro no deba pagar la multa si el Proveedor de la Red del Miembro no obtiene Autorización Previa. El Miembro debe obtener Autorización Previa cuando consulta a un proveedor fuera del estado de Tennessee.</p>			
Visitas al consultorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones	Por un PCP 100% luego de realizar un Copago de \$20	No cubierto	Sujeto al límite de visitas al consultorio de doce (12) visitas por Año Calendario para servicios médicos o quirúrgicos llevados a cabo en el consultorio (incluidas las visitas de atención preventiva)
	Por un Especialista 100% luego de realizar un Copago de \$20	No cubierto	Sujeto al límite de visitas al consultorio de cinco (5) visitas por Año Calendario para servicios médicos, quirúrgicos o preventivos llevados a cabo en el consultorio
Cirugía en el consultorio, incluida anestesia Las colonoscopias no están cubiertas si se realizan en un consultorio	Por un PCP 100% luego de realizar un Copago de \$20	No cubierto	Sujeto al límite de visitas al consultorio de doce (12) visitas por Año Calendario para servicios médicos o quirúrgicos llevados a cabo en el consultorio (incluidas las visitas de atención preventiva)

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
	Por un Especialista 100% luego de realizar un Copago de \$20	No cubierto	Sujeto al límite de visitas al consultorio de cinco (5) visitas por Año Calendario para servicios médicos, quirúrgicos o preventivos llevados a cabo en el consultorio
Tratamientos que no son de rutina: Incluye quimioterapia y radioterapia	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas al consultorio de cinco (5) visitas por Año Calendario para servicios médicos, quirúrgicos o preventivos llevados a cabo en el consultorio
Servicios en el consultorio relacionados con Servicios de Salud Conductual	100% luego de realizar un Copago de \$25	No cubierto	Servicios de Salud Conductual para Pacientes Ambulatorios limitados a diez (10) visitas por Año Calendario
<p>Servicios de Diagnóstico de Rutina para enfermedades o lesiones</p> <p>Los Servicios de Diagnóstico que no son de Rutina no están cubiertos si se llevan a cabo en el consultorio.</p>	100%	No cubierto	<p>Las visitas al consultorio deben estar cubiertas para que las pruebas de laboratorio y radiografías relacionadas estén cubiertas</p> <p>No se cuentan en el límite de visitas cuando se realizan aparte de la visita al consultorio</p> <p>Los servicios de laboratorio y radiografía en el consultorio no están cubiertos luego de alcanzar el límite de visitas al consultorio</p>
Servicios Recibidos en un Centro			
<p>Internaciones para Pacientes Hospitalizados</p> <p>Se requiere Autorización Previa. El Miembro debe obtener Autorización Previa cuando consulta a un proveedor fuera del estado de Tennessee (un Proveedor Participante de BlueCard PPO). Los Proveedores de la Red del Miembro dentro del estado de Tennessee deben obtener Autorización Previa. Es posible que el Miembro no deba pagar la multa si el Proveedor de la Red del Miembro no obtiene Autorización Previa.</p>			
Cargos de los Servicios del Centro	100% luego de realizar un Copago de \$100 por admisión	No cubierto	Sujeto a un límite de pago anual de \$15,000 para servicios médicos y de salud conductual para pacientes hospitalizados

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Cargos del Profesional Médico	100%	No cubierto	Se deben cubrir los cargos de internación de Pacientes Hospitalizados
Médicos basados en hospitales (anestesiista, radiólogo, patólogo, médico de la sala de emergencia) en un centro de la red.	100%	100%	Se deben cubrir los cargos de internación de Pacientes Hospitalizados
Cargos de los Servicios del Centro relacionados con los Servicios de Salud Conductual	100% luego de realizar un Copago de \$100 por admisión	No cubierto	Sujeto a un límite de pago anual de \$15,000 para servicios médicos y de salud conductual para pacientes hospitalizados Servicios de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados limitados a cinco (5) días por Año Calendario
Cargos del Profesional Médico relacionados con Salud Conductual	100%	No cubierto	Se deben cubrir los cargos de internación de Pacientes Hospitalizados
Médicos basados en hospitales (anestesiista, radiólogo, patólogo, médico de la sala de emergencia) relacionados con Salud Conductual en un centro de la red.	100%	100%	Se deben cubrir los cargos de internación de Pacientes Hospitalizados
<p>Servicios de Atención de Emergencia en Hospital En el caso de una Emergencia verdadera, están disponibles los beneficios limitados para Proveedores Fuera de la Red. Los beneficios serán provistos hasta alcanzar el Cargo Máximo Permitido Fuera de la Red. Usted deberá pagar la diferencia entre los beneficios provistos y los cargos facturados por el centro. No hay beneficios disponibles si usted utiliza un Proveedor Fuera de la Red para una afección que no sea de emergencia. Usted deberá pagar todos los cargos.</p>			
Cargos de los Servicios del Centro			
Afección de Emergencia	100%	40% de los cargos facturados	Limitado a dos (2) visitas a la Sala de Emergencias por Año Calendario

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Afección que no es de Emergencia	100% luego de realizar un Copago de \$100 por visita	No cubierto	Limitado a dos (2) visitas a la Sala de Emergencias por Año Calendario
Cargos del Profesional Médico			
Afección de Emergencia	100% luego de realizar un Copago de \$25 por visita	40% de los cargos facturados	Limitado a dos (2) visitas a la Sala de Emergencias por Año Calendario
Afección que no es de Emergencia	100% luego de realizar un Copago de \$25 por visita	No cubierto	Limitado a dos (2) visitas a la Sala de Emergencias por Año Calendario
Servicios de Atención de Urgencia			
Cargos de los Servicios del Centro	100% luego de realizar un Copago de \$25 por visita	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas para pacientes ambulatorios y dos (2) visitas quirúrgicas para pacientes ambulatorios por Año Calendario
Cargos del Profesional Médico (PCP)	100% luego de realizar un Copago de \$20	No cubierto	Sujeto al límite de visitas al consultorio de doce (12) visitas por Año Calendario para servicios médicos, quirúrgicos o preventivos llevados a cabo en el consultorio
Servicios en el Centro para Pacientes Ambulatorios y Cirugía para Pacientes Ambulatorios Las cirugías incluyen servicios de diagnóstico invasivos (p. ej., colonoscopia, sigmoidoscopia).			

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Cargos de los Servicios del Centro	100% luego de realizar un Copago de \$25 por visita	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas para pacientes ambulatorios y dos (2) visitas quirúrgicas para pacientes ambulatorios por Año Calendario
Cargos del Profesional Médico	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas para pacientes ambulatorios y dos (2) visitas quirúrgicas para pacientes ambulatorios por Año Calendario
Pruebas de detección preventivas invasivas (p. ej., colonoscopia, sigmoidoscopia)	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de dos (2) visitas quirúrgicas por Año Calendario
Servicios de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios			
Servicios de Diagnóstico que no son de Rutina para enfermedades o lesiones: Tomografía axial computarizada, imágenes por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear y otras tecnologías similares.	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
Todos los demás servicios de diagnóstico para enfermedades o lesiones	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Mamografía	100%	No cubierto	Las mamografías preventivas realizadas en un centro para pacientes ambulatorios no estarán sujetas al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario. Todas las demás mamografías estarán sujetas al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
Pruebas de detección colorrectal preventivas no invasivas (no incluye sigmoidoscopia flexible ni colonoscopia)	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
Prueba de detección de cáncer de próstata	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
Otras Pruebas de Detección Preventivas	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
<p>Otros Procedimientos, Servicios o Suministros para Pacientes Ambulatorios Se requiere Autorización Previa para ciertos Productos de Especialidades Farmacéuticas Administrados por un Proveedor que se utilizan en quimioterapia. El Miembro debe obtener Autorización Previa cuando consulta a un proveedor fuera del estado de Tennessee. Los Proveedores de la Red del Miembro dentro del estado de Tennessee deben obtener Autorización Previa. Es posible que el Miembro no deba pagar la multa si el Proveedor de la Red del Miembro no obtiene Autorización Previa.</p>			
Cargos de los Servicios del Centro relacionados con los Servicios de Salud Conductual	100% luego de realizar un Copago de \$25 por visita	No cubierto	Servicios de Salud Conductual para Pacientes Ambulatorios limitados a diez (10) visitas por Año Calendario

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Cargos del Profesional Médico relacionados con los Servicios de Salud Conductual	100%	No cubierto	Servicios de Salud Conductual para Pacientes Ambulatorios limitados a diez (10) visitas por Año Calendario
Todos los demás servicios recibidos en un centro para pacientes ambulatorios, incluidas quimioterapia y radioterapia	100%	No cubierto	Sujeto al límite de visitas para pacientes ambulatorios de tres (3) visitas no quirúrgicas por Año Calendario
Otros Servicios			
Ambulancia terrestre	100%	No cubierto	Limitado a dos (2) viajes por Año Calendario
Servicios de Atención Médica a Domicilio, incluida la terapia de infusión a domicilio	100%	No cubierto	Sujeto al límite de pago anual de \$500
Atención en Centro de Cuidados Paliativos	100%	No cubierto	Sujeto al límite de pago anual de \$5,000 para servicios a domicilio y/o para pacientes hospitalizados y/o pacientes ambulatorios
Suministros para la visión	100%	No cubierto	Limitado a \$200 para el primer par de anteojos o lentes de contacto dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía de cataratas
Servicios Recibidos en la Farmacia			
Medicamentos de Venta con Receta			
Medicamentos Genéricos de Venta con Receta de la Lista de Medicamentos Aprobados Los beneficios para Medicamentos Genéricos están limitados a los Medicamentos Genéricos que figuran en la Lista de Medicamentos Aprobados de CoverTN.	100% luego de realizar un Copago de \$8 por suministro para 30 días	No cubierto	Sujeto al límite de pago Trimestral Calendario de \$75. Los beneficios no utilizados no se acumulan para el Trimestre Calendario siguiente Los Medicamentos Genéricos adquiridos en una Farmacia Fuera de la Red no están cubiertos

Servicios Cubiertos	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios para los Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red	Límites de Beneficio
Medicamentos de Marca para Diabetes de Venta con Receta de la Lista de Medicamentos Aprobados (insulina y tiras reactivas)	100% luego de realizar un Copago de \$10 por suministro para 30 días	No cubierto	No sujeto al límite de pago Trimestral Calendario de \$75 Los Medicamentos de Marca adquiridos en una Farmacia Fuera de la Red no están cubiertos
Medicamentos de Marca de Venta con Receta de la Lista de Medicamentos Aprobados Los beneficios para Medicamentos de Marca están limitados a ciertos medicamentos utilizados para tratar la gripe según lo mencionado en la Lista de Medicamentos Aprobados de CoverTN.	100% luego de realizar un Copago de \$25 por suministro para 30 días	No cubierto	No sujeto al límite de pago Trimestral Calendario de \$75. Los Medicamentos de Marca adquiridos en una Farmacia Fuera de la Red no están cubiertos
Suministros para Diabetes			
Monitores de glucosa en sangre	100%	No cubierto	No sujeto al límite de pago Trimestral Calendario de \$75
Suministros para diabetes (agujas, jeringas, lancetas, hisopados con alcohol)	100% luego de realizar un Copago de \$5	No cubierto	No sujeto al límite de pago Trimestral Calendario de \$75
Límites de Beneficios Varios:			
Máximo de Pago Anual del Plan: Todos los Servicios Cubiertos		\$25,000	
Período de Espera para Afecciones Preexistentes		12 meses	

Guía para Miembros 2012

Plan B



BlueCross BlueShield of Tennessee
1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402
bcbs.com

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un Licenciatario Independiente de BlueCross BlueShield Association
Este documento ha sido clasificado como información pública.