

2015 CoverKids Manual para miembros

¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Arabic); Bosanski (Bosnian);

كوردی - بادینانی (Kurdish-Badinani);

كوردی - سۆرانی (Kurdish-Sorani);

Soomaali (Somali); Español (Spanish);

Người Việt (Vietnamese)

Para obtener servicios en diferentes idiomas y para los servicios de atención al cliente de CoverKids puede llamar gratuitamente al 1-888-325-8386 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Para recibir ayuda con TDD/TTY llame al 1-866-591-2908. Las leyes Federales y Estatales protegen sus derechos. Dichas leyes no permiten que nadie reciba un trato diferente debido a: su raza, idioma, sexo, edad, color de la piel, lugar de nacimiento o discapacidad.

¿Necesita ayuda? Llame gratuitamente a la Oficina de Cumplimiento de No Discriminación al 1-855-286-9085 o TTY: (877) 779-3103. Para los usuarios de TTY, marque 711 y pida por 1-855-286-9085.

MANUAL PARA MIEMBROS DE COVERKIDS

AVISO

LEA ATENTAMENTE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS Y GUÁRDELO EN UN LUGAR SEGURO PARA REFERENCIA FUTURA. ESTE MANUAL DESCRIBE SU COBERTURA A TRAVÉS DE COVERKIDS. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS O SOBRE CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON SU MEMBRESÍA DEL PLAN, ESCRIBA O LLÁMENOS A:

**COVERKIDS MEMBER SERVICE DEPARTMENT
BLUECROSS BLUESHIELD OF TENNESSEE, INC.
1 CAMERON HILL CIRCLE
CHATTANOOGA, TENNESSEE 37402-2555
(888) 325-8386
(866) 591-2908 LÍNEA TTY/TDD**

¿Necesita un manual de CoverKids Program en español? Para conseguir un manual en español, llame a BCBST al (888) 325-8386 libre.

SI TIENE ALGUNA CONSULTA SOBRE LA ELEGIBILIDAD DEL PLAN, ESCRIBA O LLAME AL CONTRATISTA DE ELEGIBILIDAD DEL ESTADO A:

**COVERKIDS
P.O. BOX 182261
CHATTANOOGA, TN 37422-7261
(866) 620-8864
(866) 447-0272 TTY
(866) 913-1046 FAX**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
RELACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE LA RED	4
LICENCIATARIO INDEPENDIENTE DE BLUECROSS BLUESHIELD ASSOCIATION	5
ELEGIBILIDAD	5
INSCRIPCIÓN	5
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA	5
FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA	6
PROGRAMA BLUECARD	7
RECLAMACIONES Y PAGOS	9
AUTORIZACIÓN PREVIA, ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, POLÍTICAS MÉDICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	11
SUBROGACIÓN Y DERECHO DE REEMBOLSO	14
PROCEDIMIENTO DE QUEJAS	16
DISPOSICIONES GENERALES	21
DEFINICIONES	22
AVISO IMPORTANTE PARA PACIENTES QUE DEBAN REALIZARSE UNA MASTECTOMÍA	28
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	29
DECISIONES JUSTAS SOBRE SU ATENCIÓN	31
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	32
SU RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CASOS DE FRAUDE Y ABUSO	37
AVISO DE TRATAMIENTO JUSTO	38
ANEXO A: SERVICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS	57
ANEXO B: EXCLUSIONES DE COBERTURA	84
ANEXO C: LISTA DE BENEFICIOS	87

INTRODUCCIÓN

Este Manual para Miembros describe los términos y condiciones de Su Cobertura. “Usted”, “Su/s” y “Miembro” hacen referencia a la persona elegible e inscrita para recibir los beneficios en virtud del programa CoverKids (“el Plan”). “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” hacen referencia a BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. (BCBST), el administrador del Plan. “Cobertura” hace referencia a los beneficios que los Miembros tienen derecho a recibir en virtud de este Plan. La Cobertura del Estado se denomina CoverKids. Este Manual para Miembros describe los términos y condiciones de Su Cobertura del Plan a través del Estado. Este Manual para Miembros reemplaza y sustituye cualquier Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) o Manual para Miembros que haya obtenido anteriormente del Plan.

LEA ATENTAMENTE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS. Describe Sus derechos y obligaciones como Miembro. Es importante que lea el Manual para Miembros en su totalidad. Algunos servicios no están cubiertos por el Plan. Otros servicios cubiertos tienen restricciones. El Plan no pagará ningún servicio que no esté específicamente mencionado como un Servicio cubierto, ni siquiera si un proveedor de atención médica recomienda o solicita ese servicio no cubierto. (Consulte los Anexos A-C).

CUALQUIER QUEJA RELACIONADA CON SU COBERTURA EN VIRTUD DE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS DEBE RESOLVERSE SEGÚN LA SECCIÓN “PROCEDIMIENTO DE QUEJAS” DE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS.

Con el fin de facilitar la lectura y la comprensión de este Manual para Miembros, las palabras que se definen aparecen en mayúscula. Estas palabras se definen en la sección “DEFINICIONES” de este Manual para Miembros.

Comuníquese con uno de Nuestros representantes de Servicios al Cliente al número incluido en Su tarjeta de identificación de miembro si tiene alguna pregunta al leer este Manual para Miembros. Nuestros representantes de Servicios al Cliente también están disponibles para explicarle cualquier otro asunto relacionado con Su Cobertura del Plan.

El Estado de Tennessee (“el Estado”) ha celebrado un Contrato (“el Contrato”) con Nosotros para que Nos encargemos de ciertos servicios administrativos del Plan, como el procesamiento de reclamaciones, el servicio al cliente y la contratación de proveedores de la red. El Estado patrocina y financia al Plan. No asumimos ninguna obligación ni riesgo de carácter financiero relacionados con reclamaciones al Plan. El Plan también usará Nuestras redes de proveedores.

Además de Nosotros, es posible que el Plan tenga otros contratistas que le presten servicios administrativos adicionales. Estos contratistas prestarán servicios conforme a este Manual para Miembros.

Si bien el Estado Nos ha dado la facultad para tomar determinaciones de beneficios, el Estado también tiene la autoridad para tomar cualquier determinación definitiva del Plan. Tanto el Estado como Nosotros, como administradores del Plan, tenemos la facultad de interpretar los términos de Su Cobertura. Se considerará que hemos utilizado adecuadamente esa facultad, salvo en caso de que alguna de las partes haya abusado de su facultad al hacer tales determinaciones.

RED DE PROVEEDORES

Nuestra Red de Proveedores le ofrece una gama de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica. Tenemos contrato con una red de centros médicos y proveedores de atención médica para prestarle servicios de atención médica. Estos Proveedores, llamados Proveedores de la red, aceptan acuerdos de precios especiales.

Su Plan proporciona los beneficios solo cuando utiliza los Proveedores de la red. Si recibe servicios de un Proveedor fuera de la red, no se pagarán los beneficios. Usted será responsable de todos los cargos de los Proveedores fuera de la red. El Anexo C: Lista de Beneficios, muestra Sus beneficios por los servicios recibidos de Proveedores de la red. El Anexo C también le mostrará que es posible que el mismo servicio se pague de maneras diferentes según el lugar donde reciba el servicio.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

Una vez que Su Cobertura entre en vigencia, recibirá una tarjeta de identificación (ID) de miembro. Su tarjeta de identificación de miembro es la clave para recibir los beneficios del Plan. Llévela siempre con usted.

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

El número de Servicios al Cliente se encuentra en Su tarjeta de identificación de miembro. Este número de teléfono es importante. Llame a este número si tiene alguna pregunta. Además, llame a este número si recibe servicios de hospital de emergencia de Proveedores fuera de Tennessee para asegurarse de que se cumplan todos los procedimientos de Autorización previa.

Si Su tarjeta de identificación de miembro se pierde o se la roban, llame al número de teléfono gratuito que se indica en la portada de este Manual para Miembros. El Departamento de Servicios al Cliente le ayudará a obtener una tarjeta nueva o puede pedir su tarjeta en línea en www.bcbst.com a través de BlueAccess. Quizás desee registrar Su número de identificación en este Manual para Miembros.

Importante: Su tarjeta de identificación de miembro debe presentarse en cada consulta al consultorio del doctor, hospital, farmacia u otro centro de atención médica.

PAUTAS PRÁCTICAS PARA APROVECHAR SUS BENEFICIOS AL MÁXIMO

1. Siempre lleve Su tarjeta de identificación de miembro y muéstrela antes de recibir atención médica y Medicamentos recetadas.
2. Use siempre 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 una explicación de un Proveedor de la red. Llame al Departamento de Servicios al Cliente para verificar que un Proveedor sea un Proveedor de la red.
3. Asegúrese de preguntar a Servicios al Cliente 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, es posible que un Proveedor se encuentre en una red de BCBST, pero no en todas Nuestras redes. Consulte en Nuestro sitio web, www.BCBST.com, para obtener más información sobre los Proveedores en cada red.

4. Si busca un doctor que hable otros idiomas, llame al número de Servicios al Cliente que figura en el reverso de Su tarjeta de identificación. También puede encontrar doctores que hablen otros idiomas en www.BCBST.com, en la opción “Find A Doctor” (“Busque un doctor”).
5. Llame al número de Servicios al Cliente que figura en el reverso de Su tarjeta de identificación para solicitar la traducción de formularios o documentos relacionados con Su atención médica.
6. Para que Usted sepa si BCBST considera que un servicio recomendado es Necesario desde el punto de vista médico, consulte Nuestro Manual sobre Políticas Médicas en www.bcbst.com/providers/mpm.shtml.
7. Si se trata de una verdadera Emergencia, está bien que vaya a una sala de emergencias (vea la definición de Emergencia en la Sección “Definiciones” de este Manual para Miembros). Sin embargo, la mayoría de las afecciones no suponen una Emergencia y se pueden manejar mejor con una llamada al consultorio de Su doctor. También puede llamar a Su doctor por la noche y durante el fin de semana si Su doctor le proporciona cobertura de un profesional de atención médica para que le devuelva la llamada.
8. Pida que Su Proveedor le informe todas las admisiones de Emergencia a BCBST dentro de un plazo de 24 horas o el día hábil siguiente.
9. Su Proveedor de la red es responsable de obtener cualquier Autorización previa que se solicite.
10. Busque una segunda opinión antes de recibir servicios optativos.
11. Notifique al Contratista de elegibilidad del estado, llamando al número de teléfono gratuito (866) 620-8864 si se producen cambios en los siguientes datos:
 - a. Nombre.
 - b. Dirección.
 - c. Número de teléfono.
 - d. Trabajo.
 - e. Condición de cualquier otro seguro médico que pueda tener.
 - f. Matrimonio.
 - g. Muerte.
12. Hay muchos recursos en la comunidad que pueden resultarle útiles. Para obtener información, llame al número de Servicios al Cliente que figura en Su tarjeta de identificación de miembro o visite Nuestro sitio web en www.BCBST.com.

ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE BENEFICIOS

Si cometemos un error en la administración de beneficios en virtud de este Plan, el Plan puede proporcionar beneficios adicionales o recuperar los pagos excesivos de cualquier persona, compañía de seguro o plan. Ningún error puede utilizarse para exigir más beneficios que aquellos que de otra manera debería recibir en virtud de este Plan. Ningún error constituye una garantía de que se continuarán proporcionando los beneficios que se proporcionaron por error.

RELACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE LA RED

A. Contratistas independientes

Los Proveedores de la red no son empleados, agentes ni representantes Nuestros ni del Plan. Los Proveedores de la red tienen un contrato con Nosotros y hemos acordado pagarles por prestarle Servicios cubiertos a Usted. Los Proveedores de la red son los únicos responsables de tomar todas las decisiones sobre tratamientos médicos en conjunto con sus pacientes Miembros. El Plan no toma decisiones sobre tratamientos médicos bajo ninguna circunstancia. Los Proveedores de la red no son empleados, agentes ni representantes Nuestros.

El Plan Nos ha dado la facultad discrecional para hacer determinaciones de beneficios y para interpretar los términos de Su Cobertura en virtud de este Plan (“Decisiones sobre la cobertura”). Tomamos esas Decisiones sobre la cobertura según los términos de este Manual para Miembros, el contrato que tiene el Estado con Nosotros, Nuestros acuerdos de participación con los Proveedores de la red y las leyes estatales o federales aplicables.

Los acuerdos de participación de los Proveedores de la red permiten que los Proveedores de la red cuestionen las Decisiones sobre la cobertura del Plan si no están de acuerdo con ellas. Si Su Proveedor de la red no cuestiona una Decisión sobre la cobertura, Usted puede solicitar la reconsideración de esa decisión como se explica en la sección sobre el procedimiento de quejas de este Manual para Miembros. El acuerdo de participación solicita a los Proveedores de la red que le expliquen completa e imparcialmente las Decisiones sobre la cobertura, si lo solicita, en caso de que decida solicitar que reconsideremos una Decisión sobre la cobertura.

Hemos establecido varios acuerdos de incentivos para alentar a los Proveedores de la red a que le proporcionen Servicios cubiertos de una manera adecuada y rentable. Puede solicitar información sobre los acuerdos de pago de Su Proveedor comunicándose con el Departamento de Servicios al Cliente.

B. Finalización de la participación de un Proveedor

La relación que tenemos con un Proveedor de la red puede ser finalizada en cualquier momento tanto por Nosotros como por el Proveedor de la red. Un Proveedor de la red también puede limitar la cantidad de Miembros que aceptará como pacientes. No le prometemos que un determinado Proveedor de la red estará disponible para prestarle servicios mientras esté Cubierto por este Plan.

LICENCIATARIO INDEPENDIENTE DE BLUECROSS BLUESHIELD ASSOCIATION

Somos una empresa independiente que funciona con una licencia de BlueCross BlueShield Association (la "Asociación"). Esa licencia Nos permite utilizar las marcas de servicio de la Asociación dentro de su ubicación geográfica asignada. No somos una empresa conjunta, agente ni representante de la Asociación ni de ningún otro licenciataro independiente de la Asociación.

ELEGIBILIDAD

Los niños sin seguro, que reúnen los requisitos para el programa CoverKids, son elegibles para la Cobertura si están inscritos. En caso de que haya alguna duda respecto de si una persona es elegible para la Cobertura, el Estado o el Contratista de elegibilidad del estado tomará la determinación final. Para ser elegible para CoverKids, debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad de CoverKids y:

- a. debe tener un máximo de 18 años de edad;
- b. debe ser ciudadano de los EE. UU., o una persona no ciudadana calificada;
- c. debe vivir en Tennessee;
- d. debe reunir los requisitos de ingresos familiares;
- e. debe ser evaluado para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de TennCare o acceder a otra Cobertura patrocinada por el estado;
- f. no debe ser hijo de un empleado del Estado, maestro de enseñanza primaria y secundaria ni miembro de personal de asistencia de tiempo completo; y
- g. no debe estar cubierto por ningún otro plan de seguro médico.

INSCRIPCIÓN

Los niños elegibles pueden inscribirse para obtener la Cobertura de la manera que se establece en esta Sección. Recibiremos la información de inscripción por parte del Estado o del Contratista de elegibilidad del estado.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

El Estado o el Contratista de elegibilidad del estado determinarán la fecha de entrada en vigencia de la Cobertura.

FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

A. Finalización

Usted puede finalizar su Cobertura en cualquier momento con o sin causa y, para ello, debe comunicarse con el Contratista de elegibilidad al 1-866-620-8864.

El Estado puede dar de baja a Su Cobertura cuando:

1. cumple los 19 años;
2. se muda fuera del estado;
3. se considera que no es elegible; o
4. se inscribe en otro seguro médico.

B. Derecho a solicitar una audiencia

Puede apelar la decisión de finalizar Su Cobertura por una causa justificada, como se explicó en la sección “Procedimiento de quejas” de este Manual para Miembros. El hecho de que haya presentado una apelación no aplazará nuestra decisión de finalizar Su Cobertura ni nos impedirá hacerlo. Si se restablece Su Cobertura como parte del Procedimiento de quejas, puede presentarnos una reclamación por los servicios prestados luego de que finalizó Su Cobertura para que la consideremos, de acuerdo con la sección “Procedimiento de quejas” de este Manual para Miembros.

C. Pago de servicios prestados luego de la finalización de Su Cobertura

Los servicios que se reciben luego de que finaliza la Cobertura no están cubiertos, ni siquiera si esos servicios forman parte de una serie de tratamientos que comenzaron antes de que se finalizara la Cobertura. Si recibe Servicios cubiertos luego de que finaliza la Cobertura, Nosotros (o el Proveedor que prestó esos servicios), podemos cobrarle los cargos por dichos servicios a Usted, más todos los costos incurridos en la recuperación de dichos cargos, incluidos los honorarios del abogado.

D. Modificación o finalización por parte del Estado

El Estado se reserva el derecho a modificar o finalizar este Plan en cualquier momento, sin previo aviso.

La Cobertura de todos los Miembros a través de este Plan cambiará o finalizará a las 12:00 de la noche del día de la modificación o finalización. El hecho de que el Estado no le notifique la modificación o la finalización de Su Cobertura no hará que Su Cobertura continúe o se extienda más allá de la fecha en que se modificó o finalizó el Plan. No tiene ningún derecho adquirido a recibir Cobertura en virtud de este Plan luego de la fecha de finalización.

PROGRAMA BLUECARD

Cuando se encuentre en un área en la que los Proveedores de la red de BCBST no están disponibles y Usted necesite servicios de atención médica de emergencia o información sobre un doctor u hospital de BlueCross BlueShield, llame a la Línea de información del doctor u hospital de BlueCard al 1-800-810-BLUE (2583).

Le ayudaremos a localizar al Proveedor participante de BlueCard más cercano a su domicilio.

En el programa BlueCard, el término “Plan anfitrión” hace referencia al Plan de BlueCross BlueShield que proporciona acceso a servicios en el lugar donde Usted necesita servicios de atención médica de emergencia.

Muestre Su tarjeta de identificación de miembro (que tiene el logotipo de un “portafolio”) a cualquier Proveedor participante de BlueCard. El Proveedor participante de BlueCard puede verificar Su membresía, elegibilidad y Cobertura con Su Plan de BlueCross BlueShield. Cuando visite a un Proveedor participante de BlueCard, no debe tener ningún formulario de reclamación para presentar. Luego de que reciba los servicios, Su reclamación se enviará electrónicamente a BCBST, el cual la procesará y le enviará una explicación detallada de los beneficios. Usted es responsable de cualquier Copago aplicable, o de los pagos de Su Deducible y Coseguro (si hubiese).

Si recibe servicios que no sean de emergencia de un Proveedor fuera de la red, Usted será responsable de pagar el cargo del Proveedor fuera de la red en su totalidad. No se pagan los beneficios por los servicios recibidos de Proveedores fuera de la red.

El cálculo de Su responsabilidad por las reclamaciones incurridas fuera del área de servicio de BCBST que se procesan a través del programa BlueCard generalmente será el menor de los Cargos facturados del proveedor o del precio negociado que BCBST le paga al Plan anfitrión por los servicios de emergencia cubiertos.

El precio negociado que BCBST le paga al Plan anfitrión por los servicios cubiertos de atención médica de emergencia prestados a través del programa BlueCard puede representar: (a) el precio real pagado por el Plan anfitrión por dichas reclamaciones; (b) un precio estimado que tiene en cuenta el precio real, acuerdos previstos, retenciones, cualquier otro acuerdo contingente de pago y transacciones no relacionadas con reclamaciones con todos los Proveedores de atención médica del Plan in situ o uno o más Proveedores particulares; o (c) un descuento de los Cargos facturados que represente la cantidad promedio prevista de ahorros del Plan in situ para todos sus Proveedores o para un grupo específico de Proveedores. El descuento que refleja un promedio de ahorros puede provocar una variación mayor (más o menos) respecto del precio real pagado que el precio estimado.

Los Planes que utilicen los métodos con el factor de precio estimado o con el factor de promedio de ahorro pueden ajustar en prospectiva el precio estimado o promedio para corregir la sobreestimación o subestimación de precios anteriores. No obstante, la suma que Usted paga se considera el precio final.

Además, las leyes de ciertos estados pueden requerir que los Planes de BlueCross y/o BlueShield usen un cierto criterio para calcular la responsabilidad del Miembro por los Servicios cubiertos que no refleje todo el ahorro realizado, o que se prevé realizar, en una reclamación en particular o para agregar un recargo. Por lo tanto, si recibe Servicios cubiertos en estos estados, Su responsabilidad por los Servicios cubiertos se calculará utilizando los métodos legales de estos estados.

RECUERDE: Usted es responsable de recibir Autorización previa de parte de BCBST para los servicios para pacientes interno recibidos fuera de Tennessee.

Si no se obtiene Autorización previa, se denegarán Sus beneficios.

Llame al número de teléfono gratuito que aparece en Su tarjeta de identificación de miembro para obtener Autorización previa. En caso de Emergencia, debe solicitar atención inmediata al Proveedor de atención médica más cercano.

RECLAMACIONES Y PAGOS

- A. Cuando reciba Servicios cubiertos, Usted o el Proveedor debe presentarnos un formulario de reclamación. Nosotros revisaremos la reclamación, y le informaremos a Usted o al Proveedor si necesitamos más información antes de que paguemos o deneguemos la reclamación.

Las normas federales utilizan distintos términos para describir una reclamación: reclamación anterior al servicio, reclamación posterior al servicio y reclamación por Atención de emergencia.

1. Una reclamación anterior al servicio es aquella que requiere la aprobación de un Servicio cubierto antes de obtener atención médica como una condición para recibir el Servicio cubierto y para su pago, en parte o en su totalidad.
2. Una reclamación posterior al servicio es una reclamación para un Servicio cubierto que no constituye una reclamación anterior al servicio, debido a que la atención médica ya se le ha proporcionado. Solo las reclamaciones posteriores al servicio pueden ser facturadas al Plan o a Usted.
3. La Atención de emergencia es la atención o el tratamiento de carácter médico que, si se retrasa o deniega, podría poner en grave peligro: (1) la vida o la salud del reclamante; o (2) la capacidad del reclamante de recobrar sus funciones por completo. La Atención de emergencia también se refiere a la atención o tratamiento de carácter médico que, si se retrasa o deniega, según la opinión de un doctor que conozca la afección médica del reclamante, podría hacer que el reclamante sufra un dolor intenso que no podría controlarse adecuadamente sin atención o tratamiento médico.

B. Facturación de reclamaciones

1. No se le debe facturar ni cobrar los Servicios cubiertos prestados por Proveedores de la red, excepto para los Pagos requeridos del Miembro. El Proveedor de la red nos presentará la reclamación directamente a Nosotros.
2. Es posible que un Proveedor fuera de la red le cobre o le facture por los Servicios que le proporcionó. Si utiliza un Proveedor fuera de la red, Usted será responsable de todos los cargos.
3. Si recibe servicios de un Proveedor fuera de la red en caso de una verdadera Emergencia, el Proveedor fuera de la red puede presentar una reclamación por Usted o no. Si le cobran o recibe una factura, debe presentar una reclamación para evaluar si recibirá los beneficios. Debe presentar la reclamación dentro del plazo de 120 días a partir de la fecha de prestación del servicio o no se considerará. Si no es razonablemente posible presentar la reclamación dentro de 120 días, esta puede ser considerada si Usted tiene un motivo válido para no presentar la reclamación antes del plazo.
4. Un Proveedor de la red puede negarse a prestar un servicio, o reducir o finalizar la prestación de un servicio, o solicitarle que pague por lo que Usted cree que debería ser un Servicio cubierto. Si esto sucede:
 - a. Puede presentar una reclamación para obtener una Decisión sobre la Cobertura que determine si el Plan cubrirá ese servicio. Por ejemplo, si una farmacia (1) no le proporciona un medicamento recetado; o (2) le solicita que pague por ese medicamento recetado, puede presentarle una reclamación al Plan para obtener una Decisión sobre la Cobertura que determine si el medicamento está Cubierto por el Plan.

- b. Puede solicitarle un formulario de reclamación a Nuestro Departamento de Servicios al Cliente. Le enviaremos un formulario de reclamación dentro de los 2 días hábiles. Es posible que solicitemos información o documentación adicional si es razonablemente necesario para tomar una Decisión sobre la Cobertura relacionada con una reclamación.

C. Pago

1. Cuando recibe Servicios cubiertos de un Proveedor de la red, Nosotros le pagamos al Proveedor de la red directamente. Estos pagos se hacen de acuerdo con Nuestro contrato con el Proveedor de la red. Usted autoriza el pago de beneficios a ese Proveedor de la red.
2. Si recibió Servicios cubiertos de un Proveedor fuera de la red, Usted es responsable de pagar el cargo del Proveedor fuera de la red en su totalidad.
3. Pagaremos los beneficios dentro de los 30 días luego de que recibamos un formulario de reclamación completo. Las reclamaciones se procesan según las prácticas actuales de la industria, y en función de Nuestra información cuando recibimos el formulario de reclamación.
4. Cuando se paga o deniega una reclamación, en parte o en su totalidad, Usted recibirá un Resumen Mensual de Reclamaciones (Monthly Claims Statement, MCS). Este resumen describirá cuánto se le pagó al Proveedor, y también le informará si Usted le debe un monto adicional a ese Proveedor. El MCS le mostrará el estado de Sus beneficios. Le enviaremos el MCS mensualmente a la dirección más reciente que tengamos registrada para Usted.
5. Usted es responsable de pagarle cualquier monto de Copago aplicable al Proveedor.

El pago por los Servicios cubiertos se describe de manera más exhaustiva en el [Anexo C: Lista de Beneficios](#).

D. Información completa

Cuando necesite presentar una reclamación Usted mismo, Nosotros podemos procesarla de manera más eficiente si completa un formulario de reclamación. Esto garantizará que Usted proporcione toda la información necesaria. La mayoría de los Proveedores tendrá formularios de reclamación o nos los puede pedir llamando a Nuestro Departamento de Servicios al Cliente al número que figura en Su tarjeta de identificación de miembro.

Envíe por correo todos los formularios de reclamación a:

BlueCross BlueShield of Tennessee
Claims Service Center
1 Cameron Hill Circle, Suite 0002
Chattanooga, Tennessee 37402-0002

AUTORIZACIÓN PREVIA, ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, POLÍTICAS MÉDICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Prestamos servicios para ayudar a manejar Su atención; por ejemplo, llevamos a cabo el proceso de Autorización previa de determinados servicios para asegurarnos de que sean Necesarios desde el punto de vista médico, hacemos Revisiones concurrentes de hospitalizaciones, planificamos el alta hospitalaria, proporcionamos asesoramiento sobre estilo de vida y salud, manejamos casos de bajo riesgo y de trasplante y enfermedades catastróficas, y desarrollamos y publicamos políticas médicas.

Nosotros no tomamos decisiones sobre tratamientos médicos bajo ninguna circunstancia. Siempre tiene la posibilidad de elegir recibir servicios que no cumplan con Nuestros requisitos de Administración de Atención Médica o Nuestras políticas médicas, pero si lo hace, la Cobertura de dichos servicios puede verse afectada.

A. Autorización previa

Debemos autorizar algunos Servicios cubiertos por adelantado para que esos Servicios cubiertos se paguen al Cargo máximo permitido de TennCareSelect sin una Sanción. Obtener Autorización previa no es una garantía de Cobertura. Se debe cumplir con todas las disposiciones del Manual para Miembros antes de que se proporcione Cobertura para los servicios.

Consulte el [Anexo C: Lista de beneficios](#) para obtener información sobre las sanciones a los beneficios por no obtener Autorización previa.

Los Proveedores de la red de Tennessee solicitarán Autorización previa por Usted.

Usted es responsable de solicitar Autorización previa cuando utilice Proveedores fuera de Tennessee y fuera de la red.

Para obtener la lista más actualizada de servicios que requieren Autorización previa, llame a Servicio al cliente.

Podemos autorizar algunos servicios por un período limitado. Debemos evaluar cualquier solicitud por días o servicios adicionales.

Se les exige a los Proveedores de la red de Tennessee que cumplan con todos Nuestros programas de coordinación de la atención médica. Usted no será culpable (no será responsable de las Sanciones) si un Proveedor de la red de Tennessee no cumple con Nuestro programa de Administración de Atención Médica y los requisitos de Autorización previa, a menos que Usted haya estado de acuerdo en que el Proveedor no cumpla con dichos requisitos.

Comuníquese con Nuestro Departamento de servicio al cliente para obtener una lista de los Servicios cubiertos que requieren Autorización previa.

B. Administración de Atención Médica

Contamos con diversos programas de Administración de Atención Médica que están disponibles para los Miembros, incluidos aquellos con afecciones de bajo riesgo, necesidades médicas potencialmente complicadas, enfermedades crónicas, lesiones y/o enfermedades catastróficas.

Educación sobre estilo de vida y salud: la educación sobre estilo de vida y salud es para los Miembros saludables y aquellos con afecciones de bajo riesgo que pueden autocontrolarse con herramientas y materiales educativos. El programa incluye: (1) materiales educativos sobre bienestar, estilo de vida y una afección en particular; (2) un recurso en línea para investigar sobre distintos temas relacionados con la salud; y (3) un número de teléfono gratuito para obtener información sobre más de 1,200 temas relacionados con la salud.

Administración de casos de bajo riesgo: la administración de casos de bajo riesgo, incluida la administración para el control de enfermedades, es realizada por los Miembros con afecciones que requieren un régimen de atención diario. Los enfermeros registrados trabajan con los Proveedores de atención médica, el Miembro y los proveedores de atención primaria para coordinar la atención. Los programas específicos incluyen: (1) Administración de Atención Médica de farmacia para poblaciones especiales; (2) programa de administración de servicios de emergencia; (3) programa de transición de atención médica; (4) programa de coordinación específica de la afección; y (5) administración para el control de enfermedades.

Administración para el Control de Enfermedades: la Administración para el Control de Enfermedades coordina las intervenciones de atención médica y las comunicaciones para los Miembros cuyas afecciones médicas necesitan autoayuda significativa. Los Programas de administración para el control de enfermedades están orientados a los Miembros con enfermedades crónicas, como la diabetes o el asma. Si tiene una de estas enfermedades, será inscrito automáticamente en nuestro Programa de Administración para el Control de Enfermedades CareSmart. Un Coordinador de enfermedades interactuará con los Proveedores y los Miembros para proporcionar herramientas y apoyo continuo, a fin de ayudar a mejorar la salud general y el control de las afecciones crónicas. La Administración para el Control de Enfermedades es un programa voluntario. Para hablar con un enfermero de CareSmart o para desafiliarse del Programa de Administración para el Control de Enfermedades CareSmart, llámenos al número de teléfono gratuito 1-888-416-3025.

Administración de Coordinación de Trasplantes y enfermedades catastróficas: los Miembros con enfermedades terminales, lesiones graves, traumatismos importantes, discapacidad cognitiva o física, o los Miembros que son candidatos para trasplante, pueden participar en el programa de Administración de Coordinación de Trasplantes y enfermedades catastróficas. Los enfermeros registrados trabajan con los Proveedores de atención médica, el Miembro y los proveedores de atención primaria para coordinar los entornos de atención más adecuados y rentables. Los administradores de casos mantienen un contacto regular con los Miembros a través del tratamiento, coordinan los temas relacionados con la Cobertura de los planes de seguro médico y los temas clínicos, y ayudan a las familias a utilizar los recursos comunitarios disponibles. La Administración de Coordinación de Trasplantes es un programa obligatorio para los Miembros que buscan Servicios de trasplante. La Administración de casos catastróficos es un programa voluntario. Puede inscribirse en el programa de Administración de casos catastróficos llamando al 1-800-225-8698. Además, Su doctor o Nosotros podemos derivarlo a Administración de casos catastróficos en función de Su historia clínica. Para desafiliarse del programa de Administración de casos catastróficos, llámenos al número de teléfono gratuito 1-800-225-8698.

Tras la evaluación de la afección del Miembro, puede determinarse que el tratamiento alternativo es Adecuado y Necesario desde el punto de vista médico.

En ese caso, los beneficios alternativos para los servicios no especificados de otra manera como Servicios cubiertos en el Anexo A pueden ser ofrecidos al Miembro. Dichos beneficios

solo se ofrecerán de acuerdo a un plan escrito de tratamiento alternativo o administración de casos acordado por el doctor que atiende al Miembro y por BCBST.

Programas de atención médica emergentes: Administración de Atención Médica evalúa continuamente los programas de atención médica emergentes. Se trata de servicios o tecnologías que demuestran una potencial mejora razonable en el acceso, la calidad, los costos de atención médica, la eficiencia y la satisfacción del Miembro. Cuando aprobamos un programa de atención médica emergente, los servicios prestados a través del programa están cubiertos, incluso aunque normalmente estén excluidos según la EOC.

C. Política médica

La Política médica apunta al valor de la medicina nueva y actual. Su objetivo es garantizar que los Servicios cubiertos tengan un valor médico comprobado.

Las Políticas médicas se desarrollan en función de un proceso de investigación basado en evidencias que busca determinar el mérito científico de una tecnología médica en particular. Las determinaciones relacionadas con las tecnologías se hacen con criterios de evaluación de tecnologías. El término “Tecnologías” hace referencia a dispositivos, procedimientos, medicamentos y otros servicios médicos emergentes.

Las Políticas médicas determinan si una tecnología es Necesaria desde el punto de vista médico, si es experimental o si tiene fines estéticos o no. A medida que las tecnologías cambian y mejoran, y que las necesidades de los Miembros también cambian, podemos reevaluar y cambiar las políticas médicas sin ningún aviso formal. Puede leer Nuestras Políticas médicas en www.bcbst.com. Escriba “Política médica” (Medical policy) en el campo de búsqueda. Las referencias a Nuestras Políticas médicas las convierten en parte de este Manual para Miembros.

En algunas ocasiones, las Políticas médicas definen ciertos términos. Si la definición de un término en una Política médica es diferente de la definición en este Manual para Miembros, prevalecerá la definición de la Política médica.

D. Seguridad del paciente

Si está preocupado por la seguridad o la calidad de la atención que recibió de un Proveedor de la red, llámenos al número que figura en la tarjeta de identificación de miembro. Nuestro Departamento de Manejo de Riesgos Clínicos revisará e investigará su inquietud.

Se ofrecerán servicios de Administración de Atención Médica, programas de atención médica emergentes y planes de tratamiento alternativo a los Miembros elegibles de manera individualizada, de modo de abordar sus necesidades únicas. El Miembro no obtiene bajo ninguna circunstancia derechos adquiridos a continuar recibiendo un nivel particular de beneficios. El ofrecimiento o la confirmación de los servicios de Administración de Atención Médica, los programas de atención médica emergentes o los planes de tratamiento alternativo para abordar las necesidades únicas de un Miembro en una instancia no Nos obliga a proporcionar los mismos beneficios o beneficios similares a otros Miembros.

SUBROGACIÓN Y DERECHO DE REEMBOLSO

Derechos de subrogación

El Plan asume y se subroga a Sus derechos legales para obtener un reintegro de cualquier pago que el Plan haga por Servicios cubiertos, cuando Su enfermedad o lesión se produzca por acción o culpa de un tercero. Los derechos de subrogación del Plan incluyen el derecho a obtener un reintegro por el valor razonable de los servicios prepagados prestados por los Proveedores de la red. Ayudaremos a hacer valer ese derecho en representación del Estado y del Plan.

El Plan tiene derecho a obtener un reintegro de todos los montos equivalentes a los pagos del Plan por parte de:

- la compañía de seguro de la parte lesionada;
- la persona o la compañía (o una combinación de estas) que causaron la enfermedad o lesión, o su compañía de seguro; o
- cualquier otra fuente, incluida la cobertura de automovilistas sin seguro, la cobertura de pagos médicos o pólizas similares de reembolso médico.

Este derecho de reintegro en virtud de esta disposición se aplicará ya sea que el reintegro se haya obtenido mediante un juicio, un acuerdo, una mediación, un arbitraje, o de alguna otra manera. El monto de reintegro del Plan no será rebajado por Su negligencia, ni por los costos y honorarios de abogados en los que Usted incurra.

Derecho de reembolso prioritario

Además del derecho de subrogación del Plan, el Plan tendrá el primer gravamen y derecho de reembolso. El primer gravamen del Plan prevalece sobre cualquier derecho que Usted pueda tener de “indemnización”. En otras palabras, el Plan tiene derecho a ser el primero en recibir un reembolso de cualquier reintegro que Usted pueda obtener independientemente de que haya recibido una indemnización por cualquiera de Sus daños o gastos, incluidos los costos u honorarios de los abogados. El derecho a ser el primero en recibir un reembolso prevalece sobre Su derecho de ser indemnizado por cualquier reintegro, ya sea en parte o en su totalidad. Además, Usted acepta no hacer nada para perjudicar o contradecir el derecho de subrogación y reembolso del Plan y acepta que el Plan prohíbe la aplicación de las doctrinas de “indemnización”, “fondo para abogados” y “fondo común”. Acepta reembolsar al Plan primero al 100% por cualquier beneficio proporcionado a través del Plan, y por cualquier costo relacionado con el reintegro de dichos montos por parte de terceros con los montos reintegrados a través de:

- cualquier acuerdo, mediación, arbitraje, sentencia, demanda, u otro, o acuerdo de Su propia compañía de seguro y/o tercero (o su seguro);
- cualquier beneficio o cobertura de seguro de automóvil o de vehículo de recreación, incluidos, entre otros, la cobertura de automovilistas sin seguro;
- pagos o cobertura de seguro de responsabilidad médica para empresas y propietarios de viviendas.

El Plan puede notificar a aquellas partes sobre su gravamen y derecho de reembolso sin previo aviso o sin Su consentimiento.

Este derecho de reembolso prioritario se aplica independientemente de que dichos pagos estén designados como (entre otros) pagos por dolor y sufrimiento, beneficios médicos y/u otros daños específicos. También se aplica independientemente de que Usted sea menor.

Este derecho de reembolso prioritario no será reducido por los costos y honorarios de abogados en los que Usted incurra.

El Plan puede hacer cumplir sus derechos de subrogación y reintegro en contra de cualquier agresor, otros terceros responsables o en contra de coberturas de seguro disponibles, incluidas las coberturas de automovilistas sin seguro o con cobertura insuficiente, entre otros. Dichas acciones pueden basarse en agravios, contratos u otras causas de acciones judiciales hasta el máximo grado permitido por la ley.

Aviso y cooperación

Se solicita a los Miembros que Nos notifiquen de inmediato si tienen un incidente que da lugar a dichos derechos de subrogación y/o de reembolso prioritario para que podamos proteger los derechos del Plan conforme a esta sección. También se les pide a los Miembros que colaboren con Nosotros y que cumplan con todos los documentos que Nosotros, en representación del Plan, consideremos necesarios para proteger los derechos del Plan conforme a esta sección.

El Miembro no deberá hacer nada para dificultar, demorar, impedir o perjudicar los derechos de subrogación y/o de reembolso prioritario del Plan. Si no colabora o no cumple con esta disposición, el Plan tendrá derecho a retener todos los beneficios que se le deben al Miembro en virtud del Plan. Esto se complementa a todos los demás derechos que el Plan tiene de acuerdo con las disposiciones de los derechos de subrogación y/o de reembolso prioritario del Plan.

Si el Plan debe presentar una demanda o litigar de alguna otra forma para lograr que se cumplan sus derechos de subrogación y/o de reembolso prioritario, Usted será responsable de pagar todos los costos en los que incurra el Plan, incluidos los honorarios de los abogados, además de los montos reintegrados a través de los derechos de subrogación y/o de reembolso prioritario.

Acción legal y costos

Si llega a un acuerdo por una reclamación o acción en contra de un tercero, se considerará que ha sido indemnizado por el acuerdo y el Plan tendrá derecho a cobrar de inmediato el valor actual de sus derechos como reclamación prioritaria del fondo del acuerdo. Debe conservar los fondos recaudados por el acuerdo o sentencia en fideicomiso para el beneficio del Plan. El Plan también tendrá derecho a obtener un reintegro por los honorarios razonables de los abogados en los que se incurrió para cobrar los fondos que Usted recibió bajo esas circunstancias.

Además, el Plan tiene derecho a iniciar una acción judicial en Su nombre contra cualquier persona o entidad considerada responsable por cualquier afección que haya generado gastos médicos, para obtener un reintegro por los beneficios pagados o que pagará el Plan.

Acuerdo u otro compromiso

Debe avisarnos antes de cualquier acuerdo, resolución, aprobación judicial o cualquier otra situación que pueda dificultar, demorar, impedir o perjudicar los derechos del Plan para que el Plan pueda estar presente y proteger sus derechos de subrogación y/o reembolso prioritario.

Los derechos de subrogación y reembolso prioritario del Plan se aplican a cualquier fondo recibido para satisfacer una reclamación y no crean una responsabilidad personal en contra de Usted.

El derecho de subrogación y el derecho de reembolso se basan en el lenguaje del Plan en efecto al momento de la sentencia, pago o acuerdo.

El Plan, Nosotros o su representante podemos hacer cumplir el derecho de subrogación y reembolso prioritario.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

I. INTRODUCCIÓN

Nota: En esta sección del Manual para Miembros, “Usted” también puede referirse al padre, madre o tutor legal que actúe en nombre del Miembro.

Nosotros administramos el Procedimiento de quejas para el Plan. Nuestro procedimiento de quejas (el “Procedimiento”) tiene como fin proporcionar un método justo, rápido y asequible para resolver cualquier Disputa con el Plan. Esas Disputas incluyen: cualquier asunto que haga que Usted esté disconforme con algún aspecto de Su relación con el Plan; cualquier Determinación adversa de beneficios relacionada con una Reclamación; o cualquier otra reclamación, controversia, o posible causa de acción judicial que pueda tener contra el Plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente al número que figura en Su tarjeta de identificación de miembro o al (866) 591-2908 TTY/TDD: (1) para presentar una Reclamación; (2) si tiene alguna pregunta sobre este Manual para Miembros u otro documento relacionado con Su Cobertura (por ejemplo, una explicación de beneficios o un resumen mensual de reclamaciones); o (3) presentar una Queja relacionada con una Disputa.

1. El Procedimiento solo puede resolver las Disputas que estén sujetas al control del Plan.
2. No puede utilizar este Procedimiento para resolver una reclamación contra un Proveedor por negligencia. Los Proveedores de la red son contratistas independientes. Solo son responsables de tomar decisiones relacionadas con el tratamiento conjuntamente con sus pacientes. Sin embargo, puede comunicarse con Nosotros para quejarse sobre cualquier asunto relacionado con la calidad o disponibilidad de los servicios, o con cualquier aspecto de Su relación con los Proveedores.
3. Una Determinación adversa de beneficios es cualquier rechazo, reducción, terminación o denegación para proporcionar o pagar lo que Usted considera que debería ser un Servicio cubierto. Además, una Determinación adversa de beneficios incluye cualquier rescisión de Cobertura o una denegación de Cobertura en una determinación de elegibilidad inicial.
 - a. Si un Proveedor no presta un servicio, ni reduce o finaliza un servicio que se ha prestado, o le solicita que pague lo que Usted considera que debería ser un Servicio cubierto, debe presentarnos una Reclamación para obtener una determinación que indique si cubriremos ese servicio. Por ejemplo, si una farmacia no le proporciona un medicamento recetado o le solicita que pague por ese medicamento recetado, puede presentarnos una Reclamación para obtener una determinación que indique si el medicamento está Cubierto por el Plan. Es posible que se les exija a los Proveedores que lo eximan del pago del costo de los servicios en algunas circunstancias.
 - b. Los Proveedores también pueden apelar una Determinación adversa de beneficios a través del procedimiento de resolución de disputas de Proveedores del Plan.
 - c. Nuestra determinación no será una Determinación adversa de beneficios si: (1) se exige a un Proveedor que lo exima a Usted de toda responsabilidad por el costo de los servicios prestados o (2) hasta que hayamos presentado una Determinación Adversa de Beneficios final en un asunto apelado a través del procedimiento de resolución de disputas del Proveedor.
4. Puede solicitarnos un formulario para autorizar a otra persona a actuar en representación Suya en cuestiones relacionadas con una Disputa.

5. Usted y Nosotros podemos acordar omitir uno o más pasos de este Procedimiento si no ayudaran a resolver Nuestra Disputa.
6. Todas las Disputas se resolverán de acuerdo con las normas y leyes federales o de Tennessee aplicables y con este Manual para Miembros.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN – APELACIONES MÉDICAS

A. Consultas

Una Consulta es un proceso informal que puede responder preguntas o resolver una posible Disputa. Debe comunicarse con un representante de Servicios al Cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una Reclamación o si desea resolver una Disputa. Hacer una Consulta no interrumpe el período de tiempo para presentar una Reclamación o Disputa. No es necesario que haga una Consulta antes de presentar una Queja.

B. Quejas

Debe presentarnos a Nosotros una solicitud por escrito para pedirnos que reconsideremos una Determinación adversa de beneficios, o para que tomemos la medida que desea para resolver otro tipo de Disputa (Su “Queja”). Debe comenzar el proceso de Disputa en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que enviamos la notificación sobre una Determinación adversa de beneficios o, en caso de que no se envíe una notificación, en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de la Determinación adversa de beneficios. Si no inicia el proceso de Queja en ese período, puede renunciar al derecho de tomar cualquier medida relacionada con esa Disputa.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente al número que figura en Su tarjeta de identificación de miembro para obtener ayuda en la preparación y presentación de Su Queja. Le pueden proporcionar el formulario correspondiente que debe utilizar para presentar una Queja. Este es el Procedimiento de primer nivel y es obligatorio.

1. Audiencia de Quejas

Luego de que hayamos recibido y analizado Su Queja, Nuestro comité de Quejas de primer nivel se reunirá para evaluar Su Queja y cualquier información adicional que Usted u otras personas presenten en relación con esa Queja. En el caso de las Quejas relacionadas con Reclamaciones anteriores al servicio o de Atención de emergencia, el Plan designará uno o más revisores calificados para analizar dichas Quejas. Las personas que se ocupan de las determinaciones previas en relación con Su Disputa no son elegibles para participar en la votación como miembros del comité de Quejas Formales de primer nivel ni para ser revisores. El Comité o los revisores tienen plena facultad discrecional para hacer determinaciones de elegibilidad, beneficios y/o reclamaciones, en conformidad con Su Cobertura.

2. Decisión por escrito

El comité o los revisores analizarán la información presentada, y el presidente le enviará una decisión por escrito relacionada con Su Queja de la siguiente manera:

- a. Parta una reclamación anterior al servicio, en el plazo de 30 días desde que se recibe Su solicitud de revisión.

- b. Para una reclamación posterior al servicio, en el plazo de 30 días desde que se recibe Su solicitud de revisión.
- c. Para una reclamación anterior al servicio o de Atención de emergencia, en el plazo de 72 horas desde que se recibe Su solicitud de revisión.

Se le enviará la decisión del Comité por escrito e incluirá:

- a. un resumen del análisis de Su Queja por parte del comité;
- b. los fundamentos de la decisión del comité; y
- c. referencia a la documentación o información sobre la cual el comité tomó su decisión. Le enviaremos una copia de dicha documentación o información, sin cargo, si lo solicita por escrito.

C. Revisión informal del estado

La División de Financiamiento y Administración de la Atención Médica del Estado de Tennessee tiene un proceso de apelaciones que se encuentra disponible para Usted DESPUÉS de que haya pasado por el proceso de queja con el administrador de reclamaciones. Las apelaciones deben solicitarse por escrito en un plazo de 8 días desde la determinación o decisión de la reclamación. Para presentar una apelación a nivel estatal, el miembro debe enviar una carta y la documentación de respaldo (por ejemplo, declaraciones de explicaciones de beneficios, cartas de decisiones, declaraciones de proveedores de atención médica y expediente clínico) a:

Appeals Coordinator - CoverKids
Division of Health Care Finance and Administration
310 Great Circle Road 2 West
Nashville, TN 37243

Si la División de Financiamiento y Administración de la Atención Médica no recibe Su solicitud en un plazo de 8 días, puede renunciar al derecho de revisiones adicionales. Se le recomienda que guarde copias de toda la correspondencia que Usted envíe. Las consultas específicas relacionadas con el proceso de apelaciones pueden enviarse al coordinador de apelaciones al 615-253-9927 o al 1-866-795-2001.

Es posible que el coordinador de apelaciones de la División de Financiamiento y Administración de la Atención Médica también solicite la revisión de parte del asesor médico independiente del estado. El coordinador de apelaciones debe emitir por escrito la decisión de revisión adicional en un plazo de 20 días de la recepción de la solicitud.

D. Comité estatal de revisión

Si la revisión informal no proporciona la ayuda solicitada, se programará que el Comité de revisión de CoverKids revise la solicitud. El Comité estará compuesto por cinco miembros, incluidos miembros del personal de la División de Financiamiento y Administración de la Atención Médica y, al menos, un profesional médico matriculado seleccionado por el Comisionado o la persona que este designe. Los miembros del Comité no deberán estar involucrados directamente con el asunto que se está revisando. Tendrá la oportunidad de revisar el archivo, de ser representado por una persona que Usted elija y de proporcionar información complementaria. El Comité puede permitirle comparecer si considera que

programar su presencia no retrasará el proceso de revisión. No es necesario que el Comité de revisión proporcione una audiencia en persona o una audiencia contenciosa, de acuerdo con la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme (Uniform Administrative Procedures Act). Usted recibirá una notificación por escrito que incluirá la decisión final y los motivos de tal decisión. La decisión del Comité de revisión de CoverKids es el último recurso administrativo que está disponible para Usted.

E. Plazo de las revisiones

La revisión de todas las apelaciones por servicios de salud que no sean aceleradas se completará en un plazo de 90 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de revisión del Plan. Las revisiones, tanto del Coordinador de apelaciones como del Comité, pueden acelerarse (completadas en un plazo de 72 horas a nivel del Plan y del Estado) en caso de que la determinación de beneficios o el rechazo de una autorización previa hayan tenido lugar antes de que se reciban los servicios y el profesional médico interviniente determine por escrito (incluso en una nota escrita a mano y legible) que la situación médica pone en peligro su vida o podría poner en grave riesgo Su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar un funcionamiento óptimo.

III. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN: APELACIONES RELACIONADAS CON LA ELEGIBILIDAD

A. Revisión informal

Puede solicitar la revisión de un asunto de elegibilidad y, para ello, debe escribir o llamar al Estado. La dirección y el número de teléfono gratuito del Estado se proporcionan en la portada de este Manual. La solicitud de revisión debe recibirse en un plazo de 30 días desde la emisión de la notificación por escrito de la acción para la cual se solicita revisión o, si no se proporciona ninguna notificación, en un plazo de 30 días desde el momento en que el solicitante toma conocimiento de la acción. Si la revisión del Estado no es favorable, se puede enviar una solicitud formal por escrito a la División de Financiamiento y Administración de la Atención Médica para obtener una revisión del Comité de apelaciones de elegibilidad de CoverKids a nivel estatal.

B. Revisión formal

Para solicitar una revisión adicional, envíe una carta y la documentación de respaldo a:

Appeals Coordinator - CoverKids
Division of Health Care Finance and Administration
310 Great Circle Road 2 West
Nashville, TN 37243

La División de Financiamiento y Administración de la Atención Médica debe recibir las solicitudes en un plazo de 30 días a partir de la emisión de la decisión de la revisión informal. Si no se recibe su solicitud en un plazo de 30 días, Usted puede renunciar al derecho a revisiones adicionales. Se acusará recibo por escrito de las solicitudes de revisión en un plazo de 10 días y se incluirá una notificación de que la decisión deberá emitirse en el plazo de un mes calendario posterior a la recepción de la carta de acuse de recibo.

Se programará que el Comité de revisión de CoverKids revise la solicitud. El Comité estará compuesto por cinco miembros, incluidos miembros del personal de la División

de Financiamiento y Administración de la Atención Médica y, al menos, un profesional médico matriculado seleccionado por el Comisionado o la persona que este designe. Los miembros del Comité no deberán estar involucrados directamente con el asunto que se está revisando. Usted recibirá una notificación por escrito que incluirá la decisión del Comité y los motivos de tal decisión. La decisión del Comité de revisión de CoverKids es el último recurso administrativo que está disponible para Usted.

DISPOSICIONES GENERALES

A. Ley aplicable

Las leyes de Tennessee rigen este Plan.

B. Notificaciones

Todas las notificaciones que el Plan exige deben hacerse por escrito. Las notificaciones deben enviarse a:

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

Le enviaremos notificaciones a la dirección más reciente que tengamos registrada.

C. Acciones legales

No puede iniciar acciones legales en virtud de esta Cobertura hasta que no hayan transcurrido 60 días luego de que se proporciona la prueba de pérdida. No puede iniciar acciones legales luego de que hayan transcurrido 3 años del período en el que se requiere la prueba de pérdida.

D. Derecho a solicitar información

Tenemos derecho a solicitar cualquier información o registro necesarios adicionales relacionados con la administración de este Plan.

E. Coordinación de beneficios

Este Plan no está sujeto a la norma de Coordinación de beneficios de Tennessee. Si descubrimos que Usted tiene otra cobertura, este Plan finalizará. Entre las otras coberturas se incluyen Medicare, Medicaid, CHAMPVA y coberturas grupales o individuales. Hasta su finalización, si está inscrito en este Plan al mismo tiempo que está inscrito en:

1. Medicare u otra cobertura grupal o individual, este Plan será secundario; o
2. Medicaid o CHAMPVA, este será su Plan primario.

F. Errores administrativos

Si cometemos un error en la administración de beneficios en virtud de este Plan, podemos proporcionar beneficios adicionales u obtener un reintegro de los pagos en exceso de cualquier persona, compañía de seguro o plan. Todo reintegro debe comenzar a fines del año calendario posterior al año en el que se pagó la reclamación. Este límite de tiempo no se aplica si el Miembro no proporcionó la información completa o si se produjeron fraudes o declaraciones erróneas importantes. Este límite de tiempo no se aplica a los reintegros de Proveedores de la red.

Ningún error puede utilizarse para exigir más beneficios que aquellos que de otra manera debería recibir en virtud de este Plan.

DEFINICIONES

Los términos definidos están escritos con mayúscula. Las palabras definidas que se usan en este Manual para Miembros tienen el significado que se describe a continuación en esta sección. Los términos que están definidos en Nuestros Procedimientos y Políticas médicas tienen el mismo significado si se utilizan en este Manual para Miembros.

1. **Agudo:** una enfermedad o lesión que es grave y de corta duración.
2. **Servicios de salud del comportamiento:** cualquier servicio o suministro que sea Adecuado y Necesario desde el punto de vista médico para tratar: una enfermedad nerviosa o mental; alcoholismo; dependencia química; abuso de drogas o drogadicción.
3. **Cargos facturados:** el monto que un Proveedor cobra por los servicios prestados. Los Cargos facturados pueden ser diferentes del monto que BCBST determina como el Cargo máximo permitido de TennCareSelect para los servicios.
4. **Medicamento de marca:** Medicamento recetado identificado por su marca comercial registrada o nombre del producto proporcionado por su fabricante, etiquetador o distribuidor.
5. **Año calendario o año del Plan:** período que comienza a las 12:01 a. m. el 1.º de enero y finaliza a las 12:00 a. m. el 31 de diciembre siguiente.
6. **Administración de Atención Médica:** programa que promueve la coordinación rentable de la atención para los Miembros con necesidades médicas complicadas, enfermedades crónicas, y/o enfermedades o lesiones catastróficas.
7. **Complicaciones del embarazo:** afecciones que requieren Internación hospitalaria (cuando el embarazo aún no finalizó) cuyos diagnósticos son distintos del embarazo pero que están afectadas negativamente por el embarazo o causadas por este, como la nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de igual gravedad, cesárea no electiva, embarazo ectópico que llega a su fin y finalización espontánea del embarazo, que ocurre durante un período de gestación en el cual no es factible que se produzca un nacimiento.

Las complicaciones del embarazo no incluyen falso trabajo de parto; sangrado ocasional; descanso durante el período de embarazo recetado por el doctor; náuseas matutinas; hiperémesis gravídica (náuseas, vómitos y deshidratación graves) y afecciones similares relacionadas con el tratamiento de un embarazo difícil y que no constituyen una complicación del embarazo nosológicamente notable.
8. **Medicamento compuesto:** Medicamento recetado para pacientes ambulatorios, que no está comercialmente preparado por un fabricante farmacéutico matriculado con una forma de dosaje aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y que contiene al menos un ingrediente clasificado como medicamento de venta bajo prescripción médica.
9. **Proceso de revisión concurrente:** proceso de evaluación de la atención durante el período en el que se prestan los Servicios cubiertos.
10. **Anomalía congénita:** defecto de desarrollo físico presente al momento del nacimiento y que se detecta en los primeros 12 meses después del nacimiento.
11. **Copago:** monto en dólares especificado en el Anexo C: Lista de Beneficios, que Usted le debe

pagar directamente al Proveedor para ciertos Servicios cubiertos. Debe pagar dichos Copagos cuando reciba esos Servicios.

12. **Cirugía estética:** cualquier tratamiento que tenga como fin mejorar Su apariencia. Nuestra Política médica establece los criterios para definir lo que es estético y lo que es Adecuado y Necesario desde el punto de vista médico.
13. **Servicios cubiertos, Cobertura o Cubierto:** aquellos servicios y suministros Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se indican en el Anexo A de este Manual para Miembros. Los Servicios cubiertos están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de este Manual para Miembros.
14. **Atención de custodia:** cualquier servicio o suministro proporcionado para ayudar a una persona a realizar sus actividades diarias, las cuales Nosotros consideramos, entre otras, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de cuidado personal.
15. **Copago del medicamento:** el monto en dólares que Usted le debe pagar directamente a la Farmacia de la red en el momento en que le entreguen el medicamento recetado. Se debe pagar el Copago del medicamento para cada Medicamento recetado.
16. **Recetario de medicamentos:** lista que enumera los Medicamentos recetados y los productos de medicamentos aprobados para recibir un reembolso. Nosotros podemos revisar y modificar periódicamente esta lista.
17. **Emergencia:** afección médica repentina e inesperada que se manifiesta con síntomas de tal gravedad, incluido el dolor intenso, que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría prever razonablemente que se producirá lo siguiente:
 - a. deterioro grave de las funciones corporales;
 - b. disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo; o
 - c. grave peligro de la salud de una persona prudente.

Algunos ejemplos de afecciones de Emergencia son: (1) dolor de pecho intenso, (2) sangrado incontrolable o (3) pérdida del conocimiento.
18. **Servicios de atención de emergencia:** aquellos servicios y suministros que son Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de una Emergencia.
19. **Formulario de inscripción:** formulario o solicitud que debe ser completado en su totalidad para el niño elegible antes de ser considerado para recibir la Cobertura del Plan.
20. **Medicamentos experimentales y/o en investigación:** fármacos o medicamentos que tienen la siguiente etiqueta: “Advertencia: la ley federal solo autoriza su uso en investigaciones”.
21. **Medicamentos genéricos:** Medicamento recetados que tiene los mismos ingredientes activos, concentración, forma de dosaje y vía de administración que un Medicamento de marca. La FDA aprueba cada Medicamento genérico en cuanto a su seguridad y eficacia como un Medicamento de marca específico.
22. **Internación o admisión hospitalaria:** cuando se lo trata como un paciente registrado en una cama de un Hospital u otro centro médico de Proveedores y genera gastos por la habitación y la comida.

23. Servicios de hospital: Servicios cubiertos que son Adecuados desde el punto de vista médico y que los proporciona un hospital de cuidados Agudos.

24. Preso: persona recluida en una prisión local, estatal o federal, cárcel, un centro de desarrollo juvenil u otra institución penal o correccional, incluido un permiso para ausentarse de dicha institución.

25. Servicio en investigación: medicamento, dispositivo, tratamiento, terapia, procedimiento u otro servicio o suministro que no cumple con la definición de Necesidad médica o:

- a. no puede venderse en el mercado legalmente sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”) si no se ha proporcionado dicha autorización en ese momento para su uso o uso propuesto, o
- b. es el tema de una solicitud actual de un nuevo fármaco o dispositivo en investigación registrada en la FDA, o
- c. se proporciona según los ensayos clínicos de Fase I o II o la parte experimental o de investigación de un ensayo clínico de Fase III (siempre y cuando esa participación en el ensayo clínico no sea la única razón de la denegación), o
- d. se proporciona según un protocolo escrito el cual incluye entre sus objetivos la determinación de la seguridad, toxicidad, eficacia o efectividad de ese servicio o suministro en comparación con las alternativas convencionales, o
- e. se proporciona o debe proporcionarse si una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) lo aprueba y supervisa como lo exigen y determinan las normas federales, especialmente las de la FDA o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS), o
- f. según la opinión predominante de los expertos, como se expresa en la bibliografía autorizada publicada, debería limitarse principalmente su uso para los lugares de investigación, o
- g. según la opinión predominante de los expertos, como se expresa en la bibliografía autorizada publicada, es necesario hacer más investigaciones para definir la seguridad, toxicidad, eficacia y efectividad de ese Servicio respecto de las alternativas convencionales, o
- h. el servicio o suministro es necesario para tratar una complicación de un Servicio experimental o en investigación.

Nuestro Director médico tiene facultad discrecional para tomar una decisión que determine si un servicio o suministro es un Servicio en investigación. Si Nuestro Director médico no autoriza que se proporcione un servicio o suministro, este no será un Servicio cubierto. Al hacer tales determinaciones, Nuestro Director médico se basará en alguno de los siguientes aspectos, o todos ellos, según su criterio:

1. sus expedientes clínicos, o
2. el protocolo según el cual debe proporcionarse el servicio o suministro propuesto, o
3. cualquier documento de consentimiento que Usted haya completado o le pidan que complete para recibir el servicio o suministro propuesto, o
4. la bibliografía científica o médica autorizada publicada sobre el servicio o suministro propuesto en relación con el tratamiento de las lesiones o enfermedades como las que Usted experimenta, o
5. las normas y otras publicaciones oficiales emitidas por la FDA y los HHS, o

6. las opiniones de cualquier entidad que tenga un contrato con Nosotros para evaluar y coordinar el tratamiento de los Miembros que necesitan Servicios no experimentales o en investigación, o
 7. los descubrimientos del Centro de Evaluación de Tecnología de BlueCross and BlueShield Association u otras entidades de evaluación calificadas similares.
- 26. Medicamento de venta con receta:** medicamento que, por ley, solo puede obtenerse con una Receta y que tiene la etiqueta “Advertencia: las Leyes Federales prohíben la venta sin Receta”.
- 27. Atención de mantenimiento:** servicios especializados que incluyen visitas de enfermería especializada, atención en centros de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla para afecciones médicas crónicas, estables o progresivas donde los servicios: (1) no contribuyen con la cura; (2) no mejoran las funciones clínicas desatendidas; (3) no mejoran significativamente la salud; y (4) son indefinidas o a largo plazo por naturaleza.
- 28. Director médico:** doctor que Nosotros designamos, o la persona designada por ese doctor, que es responsable de la administración de Nuestros programas de coordinación de la atención médica, incluido su programa de autorización.
- 29. Adecuado desde el punto de vista médico:** servicios que BCBST, a su exclusivo criterio, considera que tienen valor en la atención de un Miembro en particular. Para ser adecuado desde el punto de vista médico, un servicio debe cumplir con todo lo siguiente:
- a. ser Necesario desde el punto de vista médico;
 - b. cumplir con los estándares de práctica médica generalmente aceptados para la afección médica del Miembro;
 - c. ser proporcionado en el lugar más adecuado y al nivel de servicio más adecuado para la afección médica del Miembro;
 - d. no aplicarse solamente para mejorar la afección de un Miembro más allá de la variación normal en el desarrollo, la apariencia y el envejecimiento del individuo;
 - e. no utilizarse solo para conveniencia del Proveedor, Miembro o familiar del Miembro.
- 30. Necesario desde el punto de vista médico o necesidad médica:** servicios que consideramos que tienen un valor comprobado para usarse en la población en general y/o especializada, según corresponda. Para que un servicio sea Necesario desde el punto de vista médico debe:
- a. tener la aprobación final de los organismos regulatorios gubernamentales correspondientes;
 - b. tener evidencia científica que permita sacar conclusiones sobre el efecto beneficioso del servicio en los resultados relacionados con la salud;
 - c. mejorar el resultado neto relacionado con la salud;
 - d. ser tan beneficioso como cualquier alternativa establecida;
 - e. demostrar la mejora fuera del lugar de investigación; y
 - f. no ser un servicio experimental ni en investigación.
- 31. Medicare:** título XVIII de la Ley de Seguro Social, con sus modificaciones, y Cobertura en virtud de este programa.
- 32. Miembro, Usted, Su:** niño elegible inscrito en un programa de CoverKids.

- 33. Pago del Miembro:** cantidades del Copago correspondientes a los Servicios cubiertos que Usted debe pagar según lo indicado en el Anexo C: Lista de Beneficios. Es posible que solicitemos el comprobante de que Usted ha hecho un Pago del Miembro solicitado.
- 34. Beneficio de la red:** nuestro nivel de pago que se aplica a los Servicios cubiertos que proporciona un Proveedor de la red. Consulte el Anexo C: Lista de Beneficios.
- 35. Farmacia de la red:** Farmacia que tiene un Contrato de farmacia participante con BCBST o su agente para proporcionar beneficios de Medicamentos recetados a Miembros Cubiertos en virtud de este Manual para Miembros, ya sea en persona o a través de entrega a domicilio.
- 36. Proveedor de la red:** Proveedor que tiene un contrato con Nosotros para proporcionar acceso a beneficios a Miembros a tarifas específicas. Dichos Proveedores pueden llamarse Proveedores participantes, Hospitales participantes, etc.
- 37. Proveedor no contratado:** proveedor que le proporciona Servicios cubiertos a un Miembro pero que se encuentra en una clase o categoría de especialidad con la cual no tenemos contrato. Un Proveedor no contratado es diferente de un Proveedor fuera de la red. Un Proveedor no contratado no es elegible para tener un contrato con Nosotros. Las clases de Proveedores que se consideran “No contratados” pueden cambiar ya que contratamos distintas clases de Proveedores. La condición 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 de cambiar la condición de un Proveedor.
- 38. Servicios de diagnóstico que no son de rutina:** servicios como tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), medicina nuclear y otras tecnologías similares.
- 39. Farmacia fuera de la red:** farmacia que no tiene un contrato de servicio con BCBST o su agente para proporcionar beneficios en virtud de este Manual para Miembros a tarifas específicas a los Miembros Cubiertos en virtud de este Manual para Miembros.
- 40. Proveedor fuera de la red:** cualquier Proveedor que sea una clase de Proveedor elegible pero que no tenga un contrato con el Plan para proporcionar Servicios cubiertos.
- 41. Pagador(es):** asegurador, organización de mantenimiento de la salud, compañía de seguro de responsabilidad sin atribución de culpabilidad, grupo autoasegurado u otra entidad que proporciona o paga los beneficios de atención médica del Miembro.
- 42. Pruebas de detección de la salud periódicas:** evaluación del estado de salud de un paciente en intervalos establecidos en Nuestras Políticas médicas con el fin de preservar la salud y detectar enfermedades en estadios tempranos. Esta evaluación debe incluir:
- un historial completo o una actualización en cada intervalo de la historia del paciente y un análisis de los sistemas;
 - un examen físico de todos los sistemas de órganos principales y pruebas de detección preventivas según Nuestra Política médica.
- 43. Farmacia:** un establecimiento autorizado por el estado o el gobierno federal que se encuentra físicamente separado del consultorio de un doctor o Profesional autorizado, y en el cual un farmacéutico vende Medicamentos de venta con receta. Dicho farmacéutico está autorizado por las leyes del estado en el que ejerce para vender este tipo de medicamentos y productos.

- 44. Comité de Farmacia y Terapéutica o Comité de P&T:** panel de Nuestros farmacéuticos participantes, Proveedores de la red, directores médicos y directores farmacéuticos que analizan los medicamentos en cuanto a seguridad, eficacia y rentabilidad. El Comité de P&T evalúa si agrega o elimina medicamentos de las siguientes listas: 1) Recetario de medicamentos y de la 2) Lista de límites de cantidad. El Comité de P&T también puede establecer límites a la venta de medicamentos.
- 45. Profesional:** persona autorizada por el Estado correspondiente para prestar servicios médicos.
- 46. Receta:** orden verbal o escrita que le proporciona un doctor o un Profesional debidamente matriculado que ejerce dentro del alcance de su matrícula a un farmacéutico [o doctor que entrega el medicamento] para que entregue un medicamento, o producto de medicamento.
- 47. Medicamento recetado:** medicamento que contiene al menos un Medicamento recetado, el cual no podrá ser entregado al paciente sin una Receta, según lo exige la ley estatal o federal, y/o insulina.
- 48. Autorización previa, Autorizado:** revisión que llevamos a cabo antes de proporcionar ciertos servicios para determinar si dichos servicios se considerarán Servicios cubiertos.
- 49. Proveedor:** persona o entidad que se ocupa de la prestación de servicios de salud y que está matriculada, certificada o ejerciendo de acuerdo con las leyes aplicables estatales o federales.
- 50. Límite de cantidad:** límites de cantidad aplicados a ciertos productos de Medicamentos recetados según lo determina el Comité de Farmacia y Terapéutica.
- 51. Productos de farmacia de especialidad:** medicamentos que se administran por inyección e infusión y algunos medicamentos que se administran por vía oral que requieren atención compleja, incluso un manejo especial, educación para el paciente y supervisión continua. Los Productos de farmacia de especialidad se mencionan en Nuestra lista de Productos de farmacia de especialidad. Los Productos de farmacia de especialidad se categorizan como administrados por el proveedor o autoadministrados.
- 52. Subrogación:** sustitución de un tercero (como una compañía de seguro o este Plan) en Su lugar para que cobre los daños, las deudas o reclamaciones en contra de una persona que lo ha herido y le ha ocasionado lesiones médicas.
- 53. Cargo Máximo Permitido de TennCareSelect:** cantidad que Nosotros, con la aprobación de la Oficina de TennCare, hemos determinado como la cantidad máxima pagadera por un Servicio cubierto. La determinación se basará en Nuestro contrato con un Proveedor de la red por los Servicios cubiertos prestados por ese Proveedor.
- 54. Evaluación de la mujer saludable:** consulta de rutina que realiza una mujer Miembro a un Proveedor cada año del Plan. La consulta puede incluir una mamografía y pruebas de detección de cáncer de cuello de útero Adecuadas y Necesarias desde el punto de vista médico. Se necesita una remisión o autorización previa para los servicios de salud de la mujer preventivos o de rutina.

AVISO IMPORTANTE PARA PACIENTES QUE DEBAN REALIZARSE UNA MASTECTOMÍA

Las pacientes que se sometan a una mastectomía y que opten por realizarse una reconstrucción mamaria en relación con la mastectomía tienen derecho a la Cobertura para:

- reconstrucción de la mama en la que se le realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para crear un aspecto simétrico; y
- prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los edemas linfáticos,

según lo determinado conjuntamente con el doctor que proporcione la atención y la paciente. La cobertura puede estar sujeta a los copagos coherentes con los establecidos para otros beneficios.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus derechos y sus responsabilidades como Miembro de CoverKids

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y de manera digna. Tiene derecho a la privacidad y la confidencialidad de Su información médica y financiera.
- Solicitar y obtener información sobre CoverKids, sus pólizas, sus servicios, sus cuidadores y los derechos y obligaciones del miembro.
- Solicitar y obtener información sobre cómo CoverKids les paga a los proveedores, incluso cualquier tipo de bonificación para la atención en función de los costos o la calidad.
- Solicitar y obtener información sobre Sus expedientes clínicos, según lo establecen las leyes estatales y federales. Puede ver Sus expedientes clínicos, obtener copias de estos y solicitar que se los corrija si son incorrectos.
- Obtener los servicios sin ser tratado de manera diferente por motivos de raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión o discapacidad. Tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido tratado injustamente. Si presenta una queja o una apelación, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin temor al mal trato de Nuestra parte, de los Proveedores o de CoverKids.
- Obtener atención sin temor a la restricción física o al aislamiento utilizado a modo de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas sobre CoverKids o Su atención. La sección Quejas de este Manual para Miembros le indica cómo hacerlo.
- Hacer sugerencias sobre Sus derechos y sus responsabilidades o el funcionamiento de CoverKids.
- Elegir los Proveedores de la red que figuran en Su tarjeta de identificación de miembro. Puede rechazar la atención de ciertos Proveedores.
- Obtener atención necesaria desde el punto de vista médico que sea adecuada para Usted, en el momento en que la necesite. Esto incluye obtener servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Obtener información fácil de entender sobre Su atención y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían ser adecuados para Usted, independientemente de su costo, incluso si no están cubiertos.
- Obtener ayuda para tomar decisiones sobre Su atención médica.
- Realizar un testamento en vida o plan de atención anticipado y recibir información sobre las Directivas médicas anticipadas.
- Solicitarnos o solicitar a CoverKids que revise nuevamente cualquier error que Usted considere que se está cometiendo respecto de la continuidad de la cobertura de CoverKids, de la conservación de la cobertura de CoverKids o de la obtención de Su atención médica.
- Finalizar la cobertura de CoverKids en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin que la manera en que CoverKids o sus Proveedores lo tratan se vea modificada.

Usted es responsable de:

- Suministrar información (en la medida de lo posible) que Nosotros o Nuestros Doctores o Proveedores necesitemos para proporcionar atención.
- Seguir los planes y las instrucciones para la atención que Usted acordó con sus Doctores o Proveedores.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados en conjunto, en la medida de lo posible.

DECISIONES JUSTAS SOBRE SU ATENCIÓN

Trabajamos arduamente para ganarnos su confianza y mantenerla. Siempre que sea posible, queremos ser absolutamente transparentes en relación con la manera en que tomamos decisiones. Para Autorizaciones previas y otras decisiones de atención médica, tenemos en cuenta dos factores:

- Si la atención o el servicio sugerido es adecuado para Su afección.
- Si Su plan lo cubre.

No recompensamos de ninguna manera la negación de atención, servicios o cobertura por parte de empleados, proveedores o profesionales médicos contratados.

***** INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD IMPORTANTE *****
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA.

REVISE ESTE AVISO ATENTAMENTE. LUEGO, CONSÉRVELO EN SUS EXPEDIENTES PARA FUTURAS CONSULTAS.

OBLIGACIONES LEGALES

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. y algunas de sus subsidiarias y entidades afiliadas (BCBST) tienen la obligación de mantener la privacidad de toda la información de los planes de seguro médico, la cual puede incluir: su nombre, dirección, códigos de diagnóstico, etc., conforme lo exigen las leyes y reglamentaciones correspondientes (de aquí en adelante, denominadas “obligaciones legales”). Asimismo, debe proporcionarse este aviso de prácticas de privacidad a todos los miembros, así como informarles a estos las obligaciones legales de la compañía y asesorarlos con respecto a los derechos adicionales sobre la información de sus planes de seguro médico. BCBST debe cumplir con las prácticas de privacidad incluidas en este aviso desde su fecha de entrada en vigencia hasta que este aviso se modifique o se reemplace.

BCBST se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las obligaciones legales. Cualquier cambio que se implemente en estas prácticas de privacidad será válido para toda la información del plan de seguro médico que se mantenga, incluida la información del plan de seguro médico creada o recibida antes de la **realización de los cambios**. Todos los miembros serán notificados acerca de los cambios mediante un nuevo aviso de las prácticas de privacidad de la compañía.

Usted puede solicitar una copia de este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento si se comunica con BCBST a la dirección que figura en el dorso de este aviso.

ORGANIZACIONES CUBIERTAS POR ESTE AVISO

Este aviso se aplica a las prácticas de privacidad de BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. y puede aplicarse a algunas de sus subsidiarias y entidades afiliadas. Puede compartirse información del plan de seguro médico de los miembros entre estas organizaciones según sea necesario para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. A medida que la compañía logra o crea nuevas líneas de negocios, es posible que se les exija que sigan los términos definidos en este aviso de prácticas de privacidad.

Entre las subsidiarias o entidades afiliadas que no reciben información de su plan de seguro médico o no tienen acceso a esta y están excluidas de este aviso de prácticas de privacidad se encuentran las siguientes: componentes ajenos a la atención médica de Golden Security Insurance Company, Southern Health Plan, Inc. y Tennessee Health Foundation Inc.

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN

La información de su plan de seguro médico puede usarse y divulgarse para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

TRATAMIENTO: la información de su plan de seguro médico puede divulgarse a un proveedor de atención médica que la solicite para proporcionar tratamiento.

PAGOS: la información de su plan de seguro médico puede usarse o divulgarse para pagar reclamaciones por servicios o para coordinar beneficios, que están cubiertos conforme la póliza de su seguro médico.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: la información de su plan de seguro médico puede usarse y divulgarse para determinar primas, llevar a cabo una evaluación de calidad y actividades de mejora, participar en tareas de coordinación de la atención o administración de casos, proporcionar acreditación, proporcionar y coordinar servicios legales, evitar e investigar casos de fraude, bienestar, administración para el control de enfermedades y para otros fines administrativos similares.

AUTORIZACIONES: puede proporcionar una autorización escrita para el uso de la información de su plan de seguro médico o su divulgación a otra persona por cualquier motivo. Puede revocar Su autorización por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no afectará ningún uso ni divulgación permitidos por Su autorización mientras estuvo vigente. BCBST no puede usar ni divulgar la información de su plan de seguro médico por ningún motivo, excepto los que se describen en este aviso, sin su autorización escrita. Ejemplos de casos en los que debe exigirse una autorización: la mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia (en caso de ser registradas por una entidad cubierta), usos y divulgaciones para fines de comercialización, divulgaciones que constituyen una venta de información de salud personal, y demás usos y divulgaciones no descritos en este aviso.

REPRESENTANTE PERSONAL: puede divulgarse la información de su plan de seguro médico a un familiar, amigo u otra persona según sea necesario para contribuir con su atención médica o con los pagos de su atención médica. Usted debe aprobar que la compañía pueda hacerlo, conforme a lo descrito en la sección Derechos individuales de este aviso.

PATROCINADORES DEL PLAN: la información de su plan de seguro médico y la información de los planes de seguro médico de las demás personas inscritas en su seguro médico colectivo puede divulgarse al patrocinador de su plan con el fin de realizar tareas administrativas del plan. Consulte los documentos de su plan para obtener una descripción completa de las circunstancias en que el patrocinador del plan puede usar y divulgar la información de su plan de seguro médico.

SUSCRIPCIÓN: la información de su plan de seguro médico puede ser recibida para suscripción, clasificación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un seguro médico o contrato de beneficios. Si la compañía no emite dicho contrato, la información de su plan de seguro médico no se utilizará ni se divulgará con ningún otro fin, excepto según lo exige la ley. Asimismo, se prohíbe que los planes de seguro médico utilicen o divulguen información genética de una persona para fines de suscripción conforme a la Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008.

COMERCIALIZACIÓN: puede usarse la información de su plan de seguro médico para proporcionar información sobre beneficios, servicios o alternativas de tratamientos relacionados

con su salud que puedan interesarle. Puede divulgarse la información de su plan de seguro médico a un socio comercial que nos ayude a proporcionarle esa información. No comercializaremos con usted productos o servicios que no sean productos o servicios relacionados con la salud, a menos que usted opte afirmativamente por recibir información sobre los productos o servicios que no sean de salud que podamos ofrecer. Usted tiene derecho a optar por dejar de recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

INVESTIGACIÓN: la información de su plan de seguro médico puede utilizarse o divulgarse para fines de investigación, según lo permitan las leyes.

SU FALLECIMIENTO: si fallece, puede divulgarse la información de su plan de seguro médico a un médico forense, examinador médico, director de funeraria u organización de obtención de órganos.

SEGÚN LO EXIGE LA LEY: la información de su plan de seguro médico puede usarse o divulgarse según lo exigen las leyes estatales o federales.

ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA: la información del plan de seguro médico puede divulgarse a pedido de una orden judicial o administrativa, una citación, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal, en determinadas circunstancias.

VÍCTIMA DE ABUSO: si existen motivos razonables para considerar que usted es víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos, puede divulgarse la información del plan de seguro médico en la medida que sea necesario para impedir que su salud o seguridad, o las de otras personas, corran grave peligro. Puede divulgarse la información de planes de seguro médico, cuando sea necesario, para contribuir a que los oficiales de policía capturen a una persona que haya reconocido haber participado en un delito o que haya escapado de la custodia legal.

AUTORIDADES MILITARES: la información de los planes de seguro médico del personal de las Fuerzas Armadas puede divulgarse a autoridades militares en determinadas circunstancias. Puede divulgarse información del plan de seguro médico a funcionarios federales autorizados según sea necesario para actividades de inteligencia legal, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional.

DERECHOS INDIVIDUALES

- 1. CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADOS:** tiene derecho a acceder a la información de su plan de seguro médico o a obtener copias de esta, con algunas excepciones. Debe presentar una solicitud escrita mediante un formulario que proporciona la Oficina de Privacidad para obtener acceso a la información de su plan de seguro médico. Si solicita copias de la información de su plan de seguro médico, le cobrarán \$0.25 por página, \$10 por hora por el tiempo que demora el personal en copiar esa información y el franqueo, en caso de que desee recibir las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, el cargo se basará en los costos para proporcionarle la información de su plan de seguro médico en el formato solicitado. Si lo prefiere, la compañía preparará un resumen o una explicación de la información de su plan de seguro médico, servicio por el cual deberá pagar una tarifa. Para obtener una explicación más detallada de la estructura de tarifas, comuníquese con la Oficina de Privacidad. La compañía exige el pago anticipado antes de realizar las copias de la información de su plan de seguro médico.
- 2. DETALLE DE LAS DIVULGACIONES:** tiene derecho a recibir un detalle de todas las divulgaciones de la información de su plan de seguro médico que la compañía o un socio comercial hayan realizado por algún motivo, que no sea a los fines de tratamiento, pago u operaciones de

atención médica en los últimos seis años. Este detalle incluirá la fecha en que se realizó la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se hizo la divulgación, una descripción de la información del plan de seguro médico divulgada, el motivo de la divulgación y algunos datos más. Si solicita un resumen más de una vez en un período de 12 meses, es posible que se aplique un cargo basado en el costo razonable por responder a esos pedidos adicionales. Comuníquese con la Oficina de Privacidad para obtener una explicación más detallada de las tarifas que se cobran por recibir dichos resúmenes.

3. **SOLICITUDES DE RESTRICCIONES:** tiene derecho a solicitar restricciones en cuanto al uso o a la divulgación de la información de su plan de seguro médico por parte de la compañía. La compañía no está obligada a aceptar tales solicitudes. La compañía solo limitará el uso o la divulgación de la información de su plan de seguro médico conforme lo establecido en un contrato escrito firmado por un representante de la Oficina de Privacidad en nombre de la compañía.
4. **AVISO DE INCUMPLIMIENTO:** tiene derecho a recibir un aviso luego del incumplimiento en la protección de la información de salud protegida no asegurada. El aviso de incumplimiento en la protección de la información de salud protegida debe incluir, como mínimo, los siguientes datos: fecha del incumplimiento, tipo de datos divulgados en la situación de incumplimiento, quién accedió, usó o divulgó sin permiso la información de salud protegida no asegurada, quién recibió la divulgación no permitida y qué medida comercial correctiva se tomó o se tomará para impedir otros usos, divulgaciones o accesos no permitidos a información de salud protegida no asegurada.
5. **COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:** si posee motivos razonables para pensar que el envío de información del plan de seguro médico de manera normal lo pondrá en peligro, tiene derecho a solicitar por escrito a la compañía que le comunique dicha información mediante un método diferente o a otra dirección. Si existe una amenaza inminente, puede presentar dicha solicitud llamando a un representante del Servicio al cliente de BlueCross BlueShield of Tennessee o a la Oficina de Privacidad al 1-888-455-3824. Luego, debe presentar una solicitud escrita a la brevedad. La compañía debe cumplir con su solicitud si es razonable, si especifica cómo y dónde podemos comunicarnos con usted, y si sigue permitiendo el cobro de la prima y el pago de las reclamaciones en virtud de su plan de seguro médico.
6. **SOLICITUDES DE ENMIENDA:** tiene derecho a presentar una solicitud escrita para que la compañía corrija la información de su plan de seguro médico. En su solicitud, debe explicar por qué la información debe enmendarse. La compañía puede rechazar su solicitud si la información de su plan de seguro médico cuya modificación solicita no fue generada por la compañía, así como por otros motivos permitidos conforme a sus obligaciones legales. Si su solicitud es rechazada, la compañía proporcionará una explicación escrita del motivo del rechazo. Si no está de acuerdo, puede presentar una declaración escrita que se incluirá con la información de su plan de seguro médico. Si la compañía acepta su solicitud, hará esfuerzos razonables para informar a las personas que usted designe acerca de la enmienda y corregirá cualquier divulgación futura de dicha información.
7. **DERECHO A SOLICITAR AVISO IMPRESO:** si recibe este aviso en el sitio web de la compañía o por correo electrónico (e-mail), puede solicitar una copia impresa de este aviso comunicándose con la Oficina de Privacidad.

PREGUNTAS Y QUEJAS

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

Si: (1) le preocupa que la compañía haya violado sus derechos a la privacidad; (2) no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a la información de su plan de seguro médico o en respuesta a una solicitud que hizo para corregir o restringir el uso o la divulgación de la información de su plan de seguro médico; (3) desea solicitar que la compañía se comuniquen con usted por otros medios alternativos o en lugares alternativos, comuníquese con la Oficina de Privacidad. También puede presentar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La compañía le proporcionará la dirección donde puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si así lo solicita.

La compañía apoya su derecho a proteger la privacidad de la información de su plan de seguro médico. No se tomará ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante BlueCross BlueShield of Tennessee o sus subsidiarias y entidades afiliadas, o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**BlueCross BlueShield of Tennessee
The Privacy Office
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, Tennessee 37402-0001**

Teléfono: (888) 455-3824

Fax: (423) 535-1976

Correo electrónico: privacy_office@bcbst.com

SU RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CASOS DE FRAUDE Y ABUSO

La mayoría de los Miembros y Proveedores de CoverKids son honestos. Sin embargo, unas pocas personas deshonestas pueden perjudicar al programa CoverKids. Es posible que la gente que miente a propósito para obtener la cobertura de CoverKids deba pagar una multa o vaya a la cárcel.

Si descubre algún caso de fraude y abuso en el programa CoverKids, debe informárnoslo, aunque no es necesario que nos diga Su nombre.

Casos de fraude y abuso de **CoverKids** pueden ser:

- Mentir para obtener o mantener la cobertura de CoverKids.
- Ocultar información para obtener o mantener la cobertura de CoverKids.
- Permitirle a otra persona que utilice Su tarjeta de identificación de CoverKids.
- Venderle o darle Sus medicamentos recetados a otra persona.

Algunos casos de fraude y abuso de proveedores de CoverKids pueden ser:

- Cobrarle a CoverKids por servicios que nunca se prestaron.
- Facturarle dos veces a CoverKids por el mismo servicio.

Para comunicarnos casos de fraude y abuso, llame a la **Línea directa de cumplimiento de confidencialidad de BlueCross BlueShield of Tennessee de manera gratuita al 1-888-343-4221.**

Estos son otros lugares a los que puede llamar o escribir para informarnos sobre casos de fraude y abuso:

Dirección y teléfono de la agencia

Número gratuito de la Oficina del Inspector General
(Office of Inspector General, OIG): 1-800-433-3982
P.O. Box 282368
Nashville, TN 37228

Número gratuito de la Oficina de
Investigación de Tennessee
(Tennessee Bureau of Investigation, TBI) 1-800-433-5454
901 R.S. Glass Blvd.
Nashville, TN 37216

También puede informarnos sobre casos de fraude y abuso en línea en ComplianceHotline@bcbst.com.



NOTICE OF FAIR TREATMENT

Federal and State laws protect your rights. They do not allow anyone to be treated in a different way because of:

Race	Language	Sex	Age
Color	Birthplace	Disability	Religion

The Cover Tennessee Programs do not deny any person the right to have or work for CoverKids and HealthyTNBabies for the reasons listed above.

These laws give you these rights:

- Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 USC 2000 *et seq.*),
- Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (29 USC 794 *et seq.*),
- The Age Discrimination Act of 1975 (42 USC 6101 *et seq.*), and
- The Americans with Disabilities Act (42 USC 12101 *et seq.*).

Do you have questions? Need help? Do you want to file a complaint? Please contact:

Cover Tennessee Office of Non-Discrimination Compliance
ATTN: Director of Non-Discrimination Compliance
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243

Phone: **Toll-Free (855) 286-9085** or
For TTY dial 711 and ask for 855-286-9085

Fax: (615) 253-2917

Do you need help in another language?

العربية (Arabic); Bosanski (Bosnian); كوردی – بادینانی (Kurdish-Badinani);

کوردی – سۆرانی (Kurdish- Sorani); Soomaali (Somali);

Người Việt Español (Spanish); (Vietnamese) Language help is free at (800) 758-1638.

CoverKids language and member services are free

Monday-Friday, 8 a.m. to 6 p.m. ET.

CoverKids and HealthyTNBabies members call 1-888-325-8386.

For TDD/TTY help call 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., an Independent Licensee of the
BlueCross BlueShield Association



HOW TO REPORT A DISCRIMINATION COMPLAINT

Do you think you have been treated differently because of your race, color, birthplace, disability, age, sex, or religion? You or someone on your behalf can report a complaint with the Cover Tennessee Programs or BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. ("BCBST").

Complaints must be reported by 180 days (6 months) from the date you think you were treated in a different way. You may have more than 180 days to report your complaint if there is a good reason why you waited (like a serious illness or death in your family). The 180-day deadline may be increased if you can give a good reason for the delay in reporting your complaint to your Cover Tennessee Program.

A complaint may be reported by using the complaint page at http://www.bcbst.com/members/cover-tennessee/fair_treatment/FairTreatmentComplaintForm_English.pdf or by mailing a written complaint. This information must be on your complaint:

- **Your name, address and telephone number.** You must sign your name.
- If you file a complaint on someone's behalf, include your name, address, telephone number, and your relationship to that person--example: wife, sister, lawyer, friend.
- Name and address of the program (CoverKids and HealthyTNBabies) you think treated you in a different way.
- How, why, and when you think you were treated in a different way.
- Any other important information.

Do you have questions? Need help? Do you want to file a complaint? Please contact:

Cover Tennessee Office of Non-Discrimination Compliance
ATTN: Director of Non-Discrimination Compliance
310 Great Circle Road, 4th Floor Nashville, TN 37243

Phone: **Toll-Free (855) 286-9085** or
For TTY dial 711 and ask for 855-286-9085

Fax: (615) 253-2917

Do you need help in another language?

العربية (Arabic); **Bosanski** (Bosnian); كوردی – بادینانی (Kurdish-Badinani);
کوردی – سۆرانی (Kurdish-Sorani); **Soomaali** (Somali);
Español (Spanish); **Người Việt** (Vietnamese)
Language help is free at (800) 758-1638.

You can report a complaint to:

U.S. Department of Health & Human Services – Region IV Office for Civil Rights

You can call: (404)562-7453 TDD: (404) 562-7884

You can also write to:

U.S. DHHS/Region IV Office for Civil Rights
61 Forsyth Street, S.W - Suite 16T70
Atlanta, GA 30303-8904

Fax: (404) 562-7881

CoverKids language and member services are free Monday-Friday, 8 a.m. to 6 p.m. ET.

CoverKids and HealthyTNBabies members call 1-888-325-8386.

For TDD/TTY help call 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., an Independent Licensee of the
BlueCross BlueShield Association



DISCRIMINATION COMPLAINT

Federal and State laws do not allow the Cover Tennessee Programs to treat you differently because of your race, color, birthplace, disability, age, sex, and religion. Do you think you have been treated differently because of your **race, color, birthplace, disability, age, sex, or religion?** Use these pages to report a complaint to your Cover Tennessee Program.

The information marked with a star (*) must be on the complaint. If you need more room to tell us what happened, use other sheets of paper and mail them with your complaint.

1. * Write your name and address.

Name: _____

Address: _____

_____ Zip: _____

Telephone: Home: (_____) _____ Work or Cell: (_____) _____

Email Address: _____

2. * Are you reporting this complaint for someone else? Yes No If Yes, who do you think was treated differently because of their **race, color, birthplace, disability, age, sex, or religion?**

Name: _____

Address: _____

_____ Zip: _____

Telephone: Home: (_____) _____ Work or Cell: (_____) _____

How are you related to this person(s) (wife, brother, friend, etc...)? _____

3. * The Cover Tennessee Program that you think treated you in a different way:

CoverKids HealthyTNBabies

4. * How do you think you were treated in a different way? Was it your –

Race Birthplace Color Sex Age Disability

Religion Other (specify): _____

5. What is the best time to talk to you about this complaint? _____

6. * When did this happen to you? Do you know the date?

Date it started: ___/___/___ Date of the last time it happened: ___/___/___

7. Complaints must be reported by 180 days (6 months) from the date you think you were treated in a different way. You may have more than 180 days to report your complaint if there is a good reason (like a death in your family or an illness) why you waited.
8. * Tell us what happened, how it happened and why you think it happened.

Who did it? Was anyone else treated in a different way? You can write on more paper and send it in with these pages if you need more room.

9. Did anyone see you being treated differently? If so, please tell us their:

Name	Address	Telephone
_____	_____	_____()_____
_____	_____	_____()_____
_____	_____	_____()_____

10. Do you have any other information you want to tell us about?

11. * We cannot take a complaint that is not signed. Please write your name and the date on the line below. Are you the Personal Representative of the person who thinks they were treated differently? Please sign your name below. As Personal Representative, you must attach a copy of the legal document giving you the right to act on behalf of this person. **Declaration:** *I agree that the information in this complaint is true and correct and for Cover Tennessee to investigate my complaint.*

_____/____/____
 (Sign your name here if you are the person this complaint is for) (Date)

_____/____/____
 (Sign here if you are the Personal Representative) (Date)

Are you reporting this complaint for someone else but you are **not** the person's Personal Representative? Please sign your name below. The person you are reporting this complaint for must **also** sign the line above **or** must tell BCBST or his/her Cover Tennessee Program that it is okay for them to sign for him/her. **Declaration:** *I agree that the information in this complaint is true and correct and for Cover Tennessee to investigate my complaint.*

_____/____/____
 (Sign here if you reporting this for someone else) (Date)

It is okay to report a complaint to BCBST, CoverKids, or HealthyTNBabies. Information in this complaint is treated privately. Names or other information about people used in this complaint are shared only when needed. Please mail a signed Agreement to Release Information with your complaint. If you are filing this complaint on behalf of someone else, have that person sign an Agreement to Release Information and mail it with this complaint. Please mail the completed, signed Complaint Form **and** the signed Agreement to Release Information to:

Office of Non-Discrimination Compliance, Cover Tennessee Programs
Division of Health Care Finance and Administration
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243

Be sure to make a copy of everything you send in and keep the copies for your records.

Do you have questions? Need help? Call (855) 286-9085 (toll-free) for help. For TTY dial 711 and ask for 855-286-9085. To get help in another language call: **(800) 758-1638**

العربية (Arabic); **Bosanski** (Bosnian); كوردی – بادینانی (**Kurdish-Badinani**);
کوردی – سۆرانی (**Kurdish-Sorani**); Soomaali (**Somali**); Espanol (**Spanish**);
Người Việt (**Vietnamese**)

Or:

CoverKids language and member services are free Monday-Friday, 8 a.m. to 6 p.m. ET.

CoverKids and HealthyTNBabies members call 1-888-325-8386.

For TDD/TTY help call 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., an Independent Licensee of the
BlueCross BlueShield Association



AGREEMENT TO RELEASE INFORMATION

To investigate your complaint, your Cover Tennessee Program and BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. ("BCBST") may need to tell other persons or agencies important to this complaint your name or other information about you.

To speed up the investigation of your complaint, read, sign, and mail one copy of this Agreement to Release Information with your complaint. Please keep one copy for yourself.

- I understand that during the investigation of my complaint the Cover Tennessee Program and BCBST may need to tell people my name or other information about me to other persons or agencies. For example, if I report that my doctor treated me in a different way because of my age, Cover Tennessee may need to talk to my doctor.
- You do not have to agree to release your name or other information. It is not always needed to investigate your complaint. But, if you don't agree to let us use your name or other details, it may stop the investigation of your complaint. And, we may have to close your case.

If you are filing this complaint for someone else, we need that person to sign the Agreement to Release Information. Are you signing this as a Personal Representative? Then you must also give us a copy of the legal documents appointing you as the Personal Representative.

By signing this Agreement to Release Information, I agree that I have read and understand my rights written above. I agree to Cover Tennessee Program CoverKids and HealthyTNBabies telling people my name or other information about me to other persons or agencies important to this complaint during the investigation and outcome.

By signing this Agreement to Release Information, I agree that I have read and understand my rights written above. I agree to BCBST telling people my name or other information about me to other persons or agencies important to this complaint during the investigation and outcome.

This Agreement to Release Information is in place until the final outcome of your complaint. You may cancel your agreement at any time by calling or writing to your Cover Tennessee Program or to BCBST without canceling your complaint. If you cancel your agreement, information already shared cannot be made unknown.

Signature: _____ Date: __/__/__

Name: _____

Address: _____

_____ Zip: _____

Telephone: Home: (____) _____ Work or Cell: (____) _____

Do you have questions? Need help? Call:

The Cover Tennessee Programs at: (855) 286-9085 (toll-free). For TTY dial 711 and ask for 855-286-9085. To get help in another language call:

العربية (Arabic); **Bosanski** (Bosnian);

كوردی – بادینانی (**Kurdish-Badinani**); کوردی – سۆرانی (**Kurdish- Sorani**); **Soomaali (Somali)**;
Espanol (Spanish); **Người Việt (Vietnamese) (800) 758-1638**

Or

CoverKids language and member services are free

Monday-Friday, 8 a.m. to 6 p.m. ET.

CoverKids and HealthyTNBabies members call 1-888-325-8386.

For TDD/TTY help call 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., an Independent Licensee of the
BlueCross BlueShield Association



AVISO DE TRATO JUSTO

Las leyes Federales y Estatales protegen sus derechos. Dichas leyes no permiten que nadie reciba un trato diferente debido a su:

Raza	Idioma	Sexo	Edad
Color de la piel	Lugar de nacimiento	Incapacidad	Religión

Por las razones mencionadas anteriormente, los Programas que abarcan Cover Tennessee Programs, no le niegan a ninguna persona el derecho de tener o de trabajar para CoverKids y HealthyTNBabies.

Estas leyes le dan los siguientes derechos:

- El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, (42 USC 2000 *et seq.*),
- La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, (29 USC 794 *et seq.*),
- La Ley de Discriminación por edad de 1975, (42 USC 6101 *et seq.*),
- La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (42 USC 12101 *et seq.*),

¿Tiene usted preguntas? ¿Necesita ayuda? ¿Quiere presentar una queja? Por favor comuníquese con:

La Oficina de Cumplimiento de Prevención de Discriminación de Cover Tennessee
ATTN: Director de la Oficina de Cumplimiento de
Prevención de Discriminación de Cover Tennessee
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville TN 37243

Por Teléfono: **Llame gratuitamente al (855) 286-9085.** Para los usuarios de TTY, marque 711 y pida por 855-286-9085.

Fax : (615) 253-2917

¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Árabe); **Bosanski** (Bosnio); كوردی - بادینانی (Kurdo-Badinani);
كوردی - سۆزانی (Kurdo- Sorani); **Soomaali** (Somalí); **Español** (Spanish);
Ngươi Việt (Vietnamice)?

Reciba ayuda gratis en otros idiomas llamando al (800) 758-1638.

Los servicios en diferentes idiomas y los servicios de atención al cliente para los miembros de, CoverKids son servicios gratuitos, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este.

Los miembros de CoverKids y HealthyTNBabies pueden llamar al 1-888-325-8386.

Para recibir ayuda con TDD/TTY puede llamar al 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un Licenciataro Independiente de
BlueCross BlueShield Association.



CÓMO REPORTAR UNA QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

¿Cree usted que lo han tratado de forma diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión? Usted o alguien en su nombre puede presentar una queja ante los Programas de Cover Tennessee o ante BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. ("BCBST").

Las quejas deben reportarse a los 180 días (6 meses) de la fecha en que usted cree que lo trataron de una manera diferente. Usted puede esperar más de 180 días para reportar su queja si es que hay una buena razón por la cual usted ha esperado hacerlo (tal como una enfermedad grave o muerte de alguien en su familia). El plazo de 180 días puede aumentar si usted tiene una buena razón para la demora en reportar su queja ante el Programa de Cover Tennessee.

Usted puede presentar una queja en la página de quejas del sitio: http://www.bcbst.com/members/cover-tennessee/fair_treatment/FairTreatmentComplaintForm_Spanish.pdf o puede enviar por correo una queja por escrito. Esta es la información que debe usar para presentar su queja:

- **Su nombre, domicilio y número de teléfono.** Debe firmar su nombre. Si usted presenta una queja en nombre de otra persona, incluya su nombre, domicilio, número de teléfono y la relación que tiene con dicha persona-- por ejemplo: esposa, hermana, abogado, amigo.
- **Nombre y dirección del programa (CoverKids and HealthyTNBabies) que usted cree que lo trataron de una manera diferente.**
- **Cómo, porqué y cuándo usted cree que lo trataron de una manera diferente.**
- **Cualquier otra información importante.**

¿Tiene usted preguntas? ¿Necesita ayuda? ¿Quiere presentar una queja? Por favor comuníquese con:

La Oficina de Cumplimiento de Prevención de Discriminación de Cover Tennessee
ATTN: Director de la Oficina de Cumplimiento de Prevención de Discriminación de Cover
Tennessee
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville TN 37243

Por teléfono: **Llame gratuitamente al (855) 286-9085**. Para los usuarios de TTY, marque 711 y pida por 855-286-9085.

Fax: (615) 253-2917

¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Árabe); **Bosanski** (Bosnio); كوردی – بادینانی (Kurdo-Badinani); كوردی – سۆرانی (Kurdo-Sorani); **Soomaali** (Somalí); **Español** (Spanish); **Người Việt** (Vietnamice)?

Reciba ayuda gratis en otros idiomas llamando al (800) 758-1638.

Usted puede reportar una queja a la siguiente dirección:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. - Región IV de la Oficina de Derechos Civiles

Usted puede llamar a los números: (404) 562-7453 TDD: (404) 562-7884 También puede escribir a la siguiente dirección:

U.S. DHHS / Region IV Office for Civil Rights
61 Forsyth Street, S.W - Suite 16T70
Atlanta, GA 30303-8904

Fax: (404) 562-7881

Los servicios en diferentes idiomas y los servicios de atención al cliente para los miembros de CoverKids son servicios gratuitos, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este.

Los miembros de CoverKids y HealthyTNBabies pueden llamar al 1-888-325-8386.

Para recibir ayuda con TDD/TTY puede llamar al 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un Licenciataro Independiente de BlueCross BlueShield Association.



QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Las leyes Federales y Estatales no permiten que los representantes de los Programas de Cover Tennessee lo traten de forma diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión. ¿Cree usted que lo han tratado de forma diferente debido a su **raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión**? Utilice estas páginas para reportar cualquier queja al Programa de Cover Tennessee.

La información que está marcada con un asterisco (*) debe responderse en la queja. Si necesita más espacio para decirnos lo que sucedió, utilice otras hojas de papel y envíelas con su queja.

1. .* Escriba su nombre y su dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Trabajo o celular: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

2. .* ¿Está usted reportando esta queja en nombre de otra persona? Sí No Si es así, ¿Quién cree usted que ha sido tratado de forma diferente debido

a su **raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión**?

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Trabajo o celular: (____) _____

¿Qué relación tiene usted con esta persona(s) (conyugue, hermano, amigo, etc...)? _____

3. .* Nombre del Programa de Cover Tennessee que usted cree que lo trataron de una manera diferente.

CoverKids HealthyTNBabies

4. .* ¿Cómo cree usted que lo trataron de una manera diferente? Fue debido a su –

Raza Lugar de nacimiento Color de la piel Sexo

Edad Discapacidad Discapacidad Discapacidad

Otro (especifique): _____

5. ¿Cuál es la mejor hora para hablar con usted sobre esta queja? _

6. * ¿Cuándo le sucedió eso? ¿Sabe cuál es la fecha?

Fecha en que comenzó: ___/___/___

Fecha cuando sucedió por última vez: ___/___/___

7. Las quejas deben reportarse a los 180 días (6 meses) de la fecha en que usted cree que lo trataron de una manera diferente. Posiblemente usted tenga más de 180 días para reportar su queja si es que hay una buena razón por la cual usted ha esperado hacerlo (tal como una enfermedad o muerte de alguien en su familia).

8. Cuéntenos lo que ocurrió, ¿cómo sucedió y por qué cree usted que pasó?
¿Quién lo hizo! ¿Fue alguien más tratado de una manera diferente? Si necesita más espacio, usted puede escribir en papel adicional y enviarlo con estas páginas.

9. ¿Alguien vio que usted recibió un trato diferente? Si es así, por favor indique su:

Nombre	Dirección	Teléfono
_____	_____	(____) _____
_____	_____	(____) _____
_____	_____	(____) _____

10. ¿Tiene usted alguna otra información de la que nos quiera hablar?

11. * No podemos recibir una queja que no esté firmada. Por favor escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el Representante Personal de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Por favor firme su nombre en la parte de abajo. Como Representante Personal, usted debe adjuntar una copia del documento legal que le ha dado el derecho de actuar en nombre de esta persona.

Declaración: Estoy de acuerdo en que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y acepto que Cover Tennessee investigue mi queja.

_____/____/____
(Firme aquí si usted es la persona a quien se le está presentando esta queja)(Fecha)

_____/____/____
(Firme aquí si usted es el Representante Personal) (Fecha)

¿Está usted reportando esta queja en nombre de otra persona pero usted **no** es el Representante Personal de esta persona? Por favor firme su nombre en la parte de abajo. La persona que está reportando la queja también debe firmar en la línea anterior o debe informar a BCBST o al Programa de Cover Tennessee que él o ella autoriza que firmen en su nombre. **Declaración:** Estoy de acuerdo en que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y acepto que Cover Tennessee investigue mi queja.

_____/____/____
(Firme aquí si usted está reportando esto en nombre de otra persona) (Fecha)

No hay problema con reportar una queja ante BCBST, CoverKids, o HealthyTNBabies. La información contenida en esta queja se maneja privadamente. Los nombres u otra información sobre las personas que aparecen en esta queja se revelan solamente cuando es necesario hacerlo. Por favor envíe y firme el Acuerdo de Divulgación de Información junto con su queja. Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a dicha persona que firme el Acuerdo de Divulgación de Información y que lo envíe con esta queja. Por favor envíe por correo, complete y firme el Formulario de Quejas y firme el Acuerdo de Divulgación de Información a la oficina de:

Non-Discrimination Compliance, Cover Tennessee Programs
Division of Health Care Finance and Administration
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243

Asegúrese de hacer una copia de todo lo que envía y deje las copias para sus archivos.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Para recibir ayuda llame al (855) 286-9085 (llamada gratis). Para los usuarios de TTY, marque 711 y pida por 855-286-9085.

¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Árabe); **Bosanski** (Bosnio); كوردی – بادینانی (Kurdo-Badinani); کوردی – سۆزانی (Kurdo-Sorani); **Soomaali** (Somali); **Español** (Spanish); **Người Việt** (Vietnamice)?

Reciba ayuda gratis en otros idiomas llamando al (800) 758-1638. Or

Los servicios en diferentes idiomas y los servicios de atención al cliente para los miembros de CoverKids son servicios gratuitos, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este.

Los miembros de CoverKids y HealthyTNBabies pueden llamar al 1-888-325- 8386.

Para recibir ayuda con TDD/TTY puede llamar al 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un Licenciataro Independiente de BlueCross BlueShield Association.



ACUERDO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para investigar su queja, el Programa de Cover Tennessee y BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. ("BCBST") podrían verse en la necesidad de darle su nombre u otra información suya a otras personas o agencias significativas a esta queja

Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo junto con su queja, una copia de este Acuerdo de Divulgación de Información. Por favor, guarde una copia para usted.

- Entiendo que durante la investigación de mi queja el Programa de Cover Tennessee y BCBST, posiblemente tengan que decirle a otras personas o agencias mi nombre u otra información sobre mi persona. Por ejemplo, si reporto que mi doctor me ha tratado de manera diferente debido a mi edad, Cover Tennessee posiblemente tenga que hablar con mi doctor.
- Usted no tiene que estar de acuerdo para que revelen su nombre u otra información. No siempre es necesario investigar su queja. Pero, si usted no está de acuerdo en dejarnos usar su nombre u otros detalles, esto podría detener la investigación de su queja. Y, tal vez tengamos que cerrar su caso.

Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, necesitamos que esta persona firme el Acuerdo de Divulgación de Información. ¿Está usted firmando este documento como un Representante Personal? A continuación, también tiene que enviarnos una copia de los documentos legales donde lo nombran como Representante Personal.

Al firmar este Acuerdo de Divulgación de Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos escritos anteriormente. Estoy de acuerdo con que el Programa de Cover Tennessee CoverKids y HealthyTNBabies den mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias significativas a esta queja durante la investigación y los resultados.

Al firmar este Acuerdo de Divulgación de Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos escritos anteriormente. Estoy de acuerdo con que BCBST, dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias significativas a esta queja durante la investigación y los resultados.

Este Acuerdo de Divulgación de Información está vigente hasta tenga el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su contrato en cualquier momento llamando o escribiendo a su Programa de Cover Tennessee o a BCBST sin cancelar su queja. Si usted cancela su acuerdo, la información ya divulgada no puede ser recuperada.

Firma: _____ Fecha: __/__/__

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: (____) _____ Trabajo o celular: (____) _____

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Para los Programas de Cover Tennessee llame al: (855) 286-9085 (llamada gratis). Para los usuarios de TTY, marque 711 y pida por 855-286-9085. ¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Árabe); **Bosanski** (Bosnio); كوردی - بادینانی (Kurdo-Badinani); کوردی - سۆرانی (Kurdo-Sorani); **Soomaali** (Somalí); **Español** (Spanish); **Người Việt** (Vietnamice)? Reciba ayuda gratis en otros idiomas llamando al (800) 758-1638.

Or

Los servicios en diferentes idiomas y los servicios de atención al cliente para los miembros de CoverKids son servicios gratuitos, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este.

Los miembros de CoverKids y HealthyTNBabies pueden llamar al 1-888-325- 8386.

Para recibir ayuda con TDD/TTY puede llamar al 1-866-591-2908.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un Licenciataro Independiente de BlueCross BlueShield Association.

ANEXO A:

SERVICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

El Plan pagará el Cargo máximo permitido de *TennCareSelect* para los servicios y suministros Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se describen a continuación y que se proporcionan según los programas de reembolso establecidos en el [Anexo C: Lista de Beneficios](#) de este Manual para Miembros. Los cargos que excedan las tarifas de reembolso establecidas en el Lista de Beneficios no son elegibles para recibir un reembolso o pago.

Para ser elegible para recibir un reembolso o pago, todos los servicios o suministros deben proporcionarse de acuerdo con Nuestras Políticas médicas y procedimientos de coordinación de la atención médica. (Consulte la sección “Política médica y Coordinación de la Atención Médica”).

Los Servicios cubiertos y las limitaciones establecidas en este Anexo se definen de acuerdo con:

- los Proveedores elegibles; y
- los Servicios elegibles.

Los Proveedores de la red también han acordado no facturarle los montos que excedan el Cargo máximo permitido de *TennCareSelect*.

Los Proveedores fuera de la red no tienen un contrato con Nosotros. Esto significa que podrán cobrarle un monto mayor al que Nosotros establecemos en Nuestros contratos. Con los Proveedores fuera de la red, es posible que Usted sea responsable de pagar el monto total que le cobran.

Si recibe servicios que no figuran en este Anexo o que no cumplen con Nuestros Procedimientos y Políticas de Coordinación de la Atención Médica, es posible que se deniegue el pago de dichos servicios. Obtener Autorización previa no es una garantía de Cobertura. Se debe cumplir con todas las disposiciones del Manual para Miembros antes de que se proporcione Cobertura para los servicios. Nuestras Políticas médicas pueden ayudarle a determinar a Su Proveedor si un servicio propuesto será Cubierto.

No se necesitan remisiones para la atención especializada, incluida la atención para la mujer sana.

Algunos Servicios cubiertos tienen límites anuales.

Consulte el [Anexo C: Lista de Beneficios](#) para obtener información sobre estos límites.

I. PROVEEDORES ELEGIBLES DE SERVICIOS

A. Profesionales

Todos los servicios deben ser proporcionados por un Profesional mencionado en el Directorio de Proveedores de la red. Estos servicios prestados por un Profesional deben estar dentro del ámbito de su especialidad o título. Todos los servicios deben ser proporcionados por el Profesional o el delegado que factura por el Profesional, y estar dentro del ámbito de su matrícula.

B. Otros Proveedores de servicios

Una persona o institución, además de un Profesional, que esté debidamente matriculado para proporcionar Servicios cubiertos y que figure en el Directorio de los Proveedores de la red.

C. Proveedores fuera de la red

No se pagarán los beneficios por los servicios prestados por Proveedores fuera de la red en virtud de este Plan. Existen dos excepciones a esta norma:

1. Si usted tiene beneficios para recibir servicios de Profesionales fuera de la red, que trabajen en un hospital, en un centro médico de la red.
2. En el caso de una verdadera Emergencia, Usted tiene beneficios para recibir servicios de Proveedores fuera de la red (Centros Médicos y Profesionales).

II. SERVICIOS ELEGIBLES:

A. Servicios en el consultorio del Profesional

Servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico en el consultorio de un Profesional.

1. Con cobertura
 - (a) Servicios y suministros para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, incluidas aquellas relacionadas con la audición, el habla, la voz o el lenguaje que no sean por un trastorno nervioso funcional.
 - (b) Las inyecciones y los medicamentos administrados en el consultorio de un Profesional, excepto los Productos de farmacia de especialidad. (Consulte la sección “Productos de farmacia de especialidad administrados por el Proveedor” para obtener información sobre la Cobertura).
 - (c) Yeso y vendajes.
 - (d) Educación y orientación nutricional.
 - (e) Atención para los pies necesaria para evitar las complicaciones de una enfermedad existente.
 - (f) Segundas opiniones por parte de un Profesional que no se encuentre en el mismo grupo médico que el Profesional que en un principio recomendó la cirugía o realizó el diagnóstico. Si un Profesional dentro de la red no se encuentra disponible para dar una segunda opinión, haremos los arreglos necesarios para que reciba una segunda opinión de un Profesional fuera de la red al mismo costo que si Usted hubiera obtenido la segunda opinión de un Profesional dentro de la red.
 - (g) Afecciones de emergencia que se presenten en el Consultorio del Profesional.
2. Exclusiones
 - (a) Consultas médicas y exámenes físicos para: (1) actividades escolares; (2) campamento; (3) empleos; (4) viajes; (5) seguros; (6) casamiento o acciones legales; y

(7) pruebas y vacunas relacionadas.

- (b) Atención de rutina para los pies para el tratamiento de: 1) pie plano; 2) callos; 3) juanetes; 4) callosidades; 5) uñas del pie; 6) arcos caídos; y 7) pie débil o esguince crónico de pie.
- (c) Atención de maternidad anterior y posterior al parto, incluidas las complicaciones del embarazo (excepto para el diagnóstico inicial de un embarazo). Los beneficios pueden estar disponibles en virtud del programa HealthyTNBabies.

B. Servicios preventivos

Servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para evaluar el estado físico y detectar anomalías. La frecuencia de las consultas y los servicios está basada en las pautas sobre la Política médica del Plan, las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) o el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF).

1. Con cobertura

- (a) Exámenes periódicos, incluidos los exámenes para la mujer sana, las radiografías y los exámenes de laboratorio relacionados con la atención preventiva. No se necesitan remisiones ni autorizaciones previas para los servicios de salud de la mujer preventivos y de rutina, lo que incluye, entre otros, atención prenatal, exámenes mamarios, mamografías y pruebas de Papanicolaou.
- (b) Vacunas recomendadas y adecuadas (incluidas las vacunas contra la gripe).
- (c) Pruebas de la vista y la audición realizadas por el doctor durante el examen de salud preventivo.

No es necesario que se proporcionen algunos de estos servicios todos los años, o tal vez sea adecuado proporcionárselos a personas de determinados grupos de edad, sexo, o a aquellos que cumplan con otros criterios de salud específicos.

2. Exclusiones

- (a) Vacunas necesarias para viajar al exterior.
- (b) Consultas médicas y exámenes físicos para: (1) actividades escolares; (2) campamento; (3) empleos; (4) viajes; (5) seguros; (6) casamiento o acciones legales; y (7) pruebas y vacunas relacionadas.
- (c) Servicios preventivos no identificados como Cubiertos.
- (d) Servicios no proporcionados conforme a las pautas de la Política médica del Plan, las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría o el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

C. Cirugía/procedimientos en el consultorio

Cirugías/procedimientos Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico llevados a cabo en el consultorio de un Profesional. Las cirugías incluyen una escisión o incisión en la piel o los tejidos de las mucosas del cuerpo, el tratamiento de huesos quebrados o dislocados y/o la inserción de instrumentos con fines exploratorios o de diagnóstico en

una abertura natural del cuerpo.

1. Con cobertura

- a. Escisión de las lesiones de la piel 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 abscesos.
- h. Aspiración de quistes.
- i. Punción y aspiración en las articulaciones.
- j. Escisión de la uña del pie.
- k. Criocirugía de lesiones en la piel y de lesiones en el cuello del útero.
- l. Colocación de yesos y férulas.

2. Exclusiones

- a. Procedimientos dentales no enumerados como cubiertos.
- b. Colonoscopias realizadas en un consultorio.

D. Procedimiento quirúrgico especial: cirugía bariátrica

Según lo descrito a continuación, el Plan cubrirá cuatro procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad mórbida, siempre que un Proveedor matriculado considere que el adolescente es maduro física y psicológicamente:

- a. Gastroplastia vertical con banda acompañada de cirugía gástrica con grapas.
- b. Segmentación gástrica a lo largo del eje vertical con bypass gástrico en Y de Roux con anastomosis distal ubicada en el yeyuno.
- c. Banda gástrica.
- d. Desvío duodenal/derivación biliopancreática: este procedimiento solo es adecuado para las personas con un índice de masa corporal (Body Mass Index, BMI) superior a 60. Consulte la sección (a.)(4) a continuación.

Debe cumplirse con los siguientes criterios antes de que los beneficios estén disponibles para los procedimientos mencionados:

- a. Presencia de obesidad mórbida que ha persistido por al menos cinco años, definida como:

- (1) Índice de masa corporal (BMI) superior a 40.
- (2) Más de 100 libras por encima del peso corporal ideal, según lo establecido en la tabla de peso y altura de Metropolitan Life de 1983.
- (3) Un BMI superior a 35 en conjunto con las siguientes comorbilidades graves que pueden reducir la expectativa de vida:
 - a. Enfermedad de la arteria coronaria
 - b. Diabetes mellitus tipo 2
 - c. Apnea del sueño obstructiva
 - d. Tres o más de los siguientes factores de riesgo cardíacos:
 - (i) Hipertensión (presión arterial > 140 mmHg sistólica y/o 90 mmHg diastólica)
 - (ii) Niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL menor a 40 mg/dl)
 - (iii) Niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL > 100 mg/dl)
 - (iv) Fumador actual
 - (v) Escasa tolerancia a la glucosa (glucosa en sangre después de 2 horas > 140 mg/dl en prueba oral de tolerancia a la glucosa)
 - (vi) Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz en pariente de primer grado (infarto de miocardio antes de los 50 años en pariente de sexo masculino o antes de los 65 años en pariente de sexo femenino)
- (4) BMI mayor a 60 teniendo en cuenta el procedimiento de Bypass biliopancreático/interrupción duodenal.
 - a. Antecedentes de falla en terapias médicas/dietéticas (incluida las dietas de bajas calorías, mayor actividad física y refuerzo del comportamiento). Este intento en el manejo conservador debe realizarse en el plazo de dos años previos a la cirugía, y debe ser documentado por el doctor que administra el tratamiento que no estará a cargo de la cirugía bariátrica. (La falla de la terapia conservadora se define como la incapacidad para perder más del 10% del peso corporal en un período de 6 meses y mantener el peso que se perdió).
 - b. Debe existir documentación de la evaluación médica de la persona para la condición de obesidad mórbida y/o sus comorbilidades proporcionada por un doctor que no sea el cirujano que realiza la operación y sus asociados, y documentación de que el doctor que realiza la evaluación está de acuerdo con la recomendación de la cirugía bariátrica.

Se requiere Autorización previa.

E. Servicios de hospital para pacientes internos

Servicios y suministros Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en un Hospital el cual: (1) está autorizado como un centro de cuidados Agudos; (2) proporciona servicios para pacientes internos; (3) tiene instalaciones médicas y para cirugía principalmente para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad y lesión; y (4) cuenta con un grupo de Doctores matriculados para practicar la medicina y con enfermeros registrados titulados que proporcionan atención de enfermería las 24 horas. No es necesario que los hospitales psiquiátricos tengan una instalación para cirugías.

1. Con cobertura
 - (a) Habitación y comida en una habitación semiprivada (o habitación privada si los costos de la habitación y la comida son los mismos que para una habitación semiprivada); atención general de enfermería; medicamentos; inyecciones; servicios de diagnóstico y unidades de cuidados especiales.
 - (b) Servicios de atención profesional por parte de un Profesional que lo atiende.
 - (c) Estadías en observación.
 - (d) La sangre/plasma está cubierta a menos que sea gratuita.
2. Exclusiones
 - (a) Estadías de pacientes internos principalmente para recibir tratamiento (como fisioterapia o terapia ocupacional).
 - (b) Servicios de maternidad y parto, incluidas las complicaciones del embarazo. Los beneficios pueden estar disponibles en virtud del programa HealthyTNBabies.
 - (c) Servicios que podrían proporcionarse en un lugar menos intensivo.
 - (d) Habitación privada cuando no esté autorizada por el Plan y los costos de la habitación y la comida superen los costos de la habitación semiprivada.
 - (e) atención de enfermería privada.

F. Servicios de atención de emergencia en el hospital

Servicios y suministros de atención médica Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en un Hospital y que son necesarios para determinar, evaluar y/o tratar una Emergencia hasta que se establezca la afección, como lo indica o solicita el Profesional o el protocolo del Hospital.

1. Con cobertura
 - (a) Servicios, suministros y medicamentos de Emergencia Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se requieren para diagnosticar y estabilizar Su afección de Emergencia.
 - (b) Servicios de profesionales.

2. Exclusiones
 - (a) Servicios recibidos para atención de pacientes internos o traslado a otro centro médico una vez que se establezca Su afección médica, a menos que se obtenga Autorización previa del Plan en un plazo de 24 horas o el siguiente día hábil.

G. Servicios de ambulancia

Medicamentos, suministros, servicios y transporte terrestre Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico proporcionados por un servicio de ambulancia autorizado en momentos en que el tiempo o la competencia técnica del transporte es esencial para reducir la probabilidad de que sufra daños.

1. Con cobertura
 - (a) Transporte terrestre o aéreo Adecuado y Necesario desde el punto de vista médico desde el lugar donde se produjo un accidente o una Emergencia hacia el centro médico adecuado más cercano o entre centros médicos cuando sea adecuado desde el punto de vista médico.
2. Exclusiones
 - (a) Transporte para Su conveniencia.
 - (b) Transporte que no es esencial para reducir la probabilidad de que sufra daños.
 - (c) Servicios proporcionados cuando no es trasladado a un centro a institución.

H. Servicios de centros para pacientes ambulatorios

Diagnósticos, tratamientos y cirugías Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en un centro para pacientes ambulatorios, por ejemplo: (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. Con cobertura
 - (a) Servicios de profesionales.
 - (b) Diagnósticos para pacientes ambulatorios (como servicios de laboratorio y radiografías).
 - (c) Tratamientos para pacientes ambulatorios (como medicamentos e inyecciones).
 - (d) Cirugía y suministros para pacientes ambulatorios.
 - (e) Estadías en observación.
 - (f) Terapias de rehabilitación.
2. Exclusiones
 - (a) Vasectomías.
 - (b) Servicios de maternidad y parto (incluidas las complicaciones del embarazo). Los beneficios pueden estar disponibles en virtud del programa HealthyTNBabies.

(c) Servicios que podrían proporcionarse en un lugar menos intensivo.

I. Salud del comportamiento

Tratamiento Adecuado y Necesario desde el punto de vista médico de trastornos de salud mental y abuso de sustancias (afecciones de salud del comportamiento) caracterizados por el funcionamiento anormal de la mente o las emociones y en los cuales las alteraciones psicológicas, emocionales o del comportamiento son las características dominantes. Se requiere Autorización previa para los Servicios para pacientes internos.

1. Con cobertura

a. Servicios para pacientes internos y ambulatorios para la atención y el tratamiento de los trastornos de salud mental y abuso de sustancias.

2. Exclusiones

a. Asesoramiento pastoral.

b. Asesoramiento familiar y matrimonial sin un diagnóstico de salud del comportamiento.

c. Capacitación o servicios vocacionales y/o educativos.

d. Atención de custodia o domiciliaria.

e. Servicios relacionados con Retrasos mentales, Trastornos del aprendizaje o Discapacidades del desarrollo, Trastornos o Retrasos como se describe en el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Disease, ICD).

f. Servicios de habilitación en lugar de rehabilitación, es decir, servicios que se proporcionan para alcanzar un nivel de funcionamiento que la persona nunca alcanzó.

g. Cualquier tipo de atención en lugar de una intervención legal o encarcelación.

h. Hipnosis o técnicas de hipnosis regresiva.

i. Cargos por consultas telefónicas, citas a las que no se acudió, relleno de formularios u otros servicios administrativos.

j. Terapia de mantenimiento con metadona.

k. Terapia de mantenimiento con buprenorfina.

l. Servicios que podrían proporcionarse en un lugar menos intensivo.

m. Cualquier código de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD) que no esté incluido en la franja de códigos desde el 290 hasta el 314.9, inclusive.

J. Servicios de planificación familiar y reproducción

Servicios de planificación familiar Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico y aquellos servicios para diagnosticar y tratar las enfermedades que pueden afectar negativamente la fertilidad.

1. Con cobertura
 - (a) Beneficios para: (1) planificación familiar; (2) antecedentes; (3) examen físico; (4) pruebas de diagnóstico y (5) pruebas genéticas.
 - (b) Servicios o suministros para la evaluación de la fertilidad.
 - (c) Finalización del embarazo Adecuada y Necesaria desde el punto de vista médico.
 - (d) Anticonceptivos hormonales inyectables e implantables y métodos vaginales de barrera, incluidas las pruebas y la inserción inicial.

2. Exclusiones
 - (a) Servicios o suministros diseñados para conseguir un embarazo, aumentar la fertilidad o mejorar la calidad de la concepción, entre ellos: (1) inseminación artificial; (2) fertilización in vitro; (3) reconstrucción del tubo de falopio; (4) reconstrucción uterina; (5) tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, ART) incluidas, entre otras, transferencia de embriones y transferencia intratubárica de gametos (gamete intrafallopian transfer, GIFT) y la transferencia intrafalopiana de cigotos (zygote intrafallopian transfer, ZIFT); (6) inyecciones para la fertilidad; (7) medicamentos para la fertilidad; (8) servicios para la atención de seguimiento relacionada con los tratamientos contra la infertilidad.
 - (b) Servicios o suministros para esterilizaciones o reversión de la esterilización.
 - (c) Aborto inducido a menos que: el embarazo sea el resultado de un acto de violación o incesto o en el caso de que una mujer sufra un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad, incluso una afección física potencialmente mortal causada o provocada por el embarazo mismo que, según la certificación médica, podría poner a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto.

K. Cirugía de seno reconstructiva

Procedimientos quirúrgicos Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que tienen como fin restablecer la forma o el funcionamiento normal.

1. Con cobertura
 - (a) La cirugía de seno reconstructiva que se realiza como resultado de una mastectomía (que no sea una lumpectomía) y que incluye cirugía en el seno sano para establecer la simetría entre los dos senos.
2. Exclusiones
 - (a) Servicios, suministros o prótesis que tienen principalmente como fin mejorar la apariencia.
 - (b) Cirugías para corregir o reparar los resultados de un procedimiento quirúrgico anterior, cuyo objetivo principal era mejorar la apariencia.
 - (c) Cirugías y servicios relacionados para cambiar de sexo.
 - (d) Cualquier otra cirugía reconstructiva.

L. Servicios de enfermería especializada/Servicios en centros de rehabilitación

Atención Adecuada y Necesaria desde el punto de vista médico para pacientes internos que se proporciona a los Miembros que requieren atención médica, de rehabilitación o de enfermería en un entorno de reconstrucción. Los servicios se considerarán separados y distintos de los niveles de cuidados Agudos proporcionados en un hospital, o la atención de custodia o funcional proporcionada en una residencia con servicios de enfermería.

1. Con cobertura

- (a) Habitación y comida en una habitación semiprivada, atención general de enfermería, medicamentos, diagnósticos y unidades de cuidados especiales.
- (b) Servicios de atención profesional por parte de un Profesional que lo atiende.
- (c) La cobertura está limitada según se indica en el Anexo C: Lista de Beneficios.

2. Exclusiones

- (a) Servicios de custodia, domiciliarios o de enfermería privada.
- (b) Servicios de enfermería especializada no recibidos en un centro de enfermería especializada certificada por Medicare.
- (c) Servicios de rehabilitación cognitiva.
- (d) Servicios que no fueron autorizados por el Plan.

M. Servicios terapéuticos/de rehabilitación.

Servicios terapéuticos y de rehabilitación Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para restaurar o mejorar la función corporal perdida como resultado de una enfermedad o lesión.

1. Con cobertura

- (a) Servicios para pacientes ambulatorios, servicios de atención domiciliaria o servicios terapéuticos en el consultorio y servicios de rehabilitación que, según lo previsto, derivarán en una mejora importante y medible de Su condición como consecuencia de una lesión o enfermedad Aguda. Los servicios deben ser proporcionados por un terapeuta matriculado o con su supervisión directa, previa autorización escrita del Profesional que lo atiende.
- (b) Los servicios terapéuticos/de rehabilitación incluyen: (1) fisioterapia; (2) terapia del habla; (3) terapia ocupacional; (4) terapia de manipulación y (5) servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca.
 - (1) La terapia del habla proporcionada por un terapeuta del habla matriculado está cubierta para la restauración del habla tras una pérdida o disfunción, y para iniciar el habla debido a un retraso en el desarrollo (siempre que haya un progreso continuo). La pérdida o la disfunción no deben ser causadas por un trastorno mental, psiconeurótico ni de la personalidad.
- (c) Los servicios deben prestarse en el consultorio médico, centro para pacientes ambulatorios o en el domicilio. El límite en la cantidad de consultas para la terapia

se aplica a todas las consultas para dicha terapia, independientemente del lugar donde se proporcione el servicio.

- (d) Los servicios recibidos durante una hospitalización en un hospital o en un centro de enfermería especializada o de rehabilitación se cubren según se muestra en la sección de servicios de hospitalización, enfermería especializada y de rehabilitación, y no están sujetos a los límites de consultas para terapia.
 - (e) Terapia de retroalimentación biológica necesaria desde el punto de vista médico con un beneficio máximo de cinco sesiones por año del Plan para cada una de las siguientes afecciones:
 - (1) dolor crónico;
 - (2) incontinencia;
 - (3) migrañas; y
 - (4) estrés incapacitante.
2. Exclusiones
- (a) Tratamiento más allá de lo razonablemente esperado para mejorar de manera significativa la salud, incluidos los tratamientos terapéuticos para el mantenimiento continuo o los cuidados paliativos.
 - (b) Terapia de mejora, la cual está diseñada para mejorar el estado físico más allá del estado previo a la lesión o enfermedad.
 - (c) Servicios complementarios y de terapia alternativa incluidos, entre otros, los siguientes: (1) masoterapia; (2) acupuntura; (3) terapia craneosacral; (4) reeducación neuromuscular; (5) terapia de ejercicios para la vista y (6) rehabilitación cognitiva.
 - (d) Modalidades que no requieren la asistencia o la supervisión de un terapeuta matriculado. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes: (1) actividades que son principalmente sociales o recreativas por naturaleza; (2) programas de ejercicio simples; (3) compresas frías o calientes aplicadas cuando no existen modalidades de terapia relacionadas; (4) tareas o ejercicios reiterados que puede realizar sin un terapeuta en su domicilio; (5) cambios de apósitos de rutina; y (6) servicios de custodia que comúnmente se le pueden enseñar a Usted o un cuidador.
 - (e) Terapia del comportamiento, terapia de juego, terapia comunicacional y terapia para la autocorrección de disfunciones del lenguaje como parte de la terapia del habla, programas de fisioterapia o terapia ocupacional.
 - (f) Terapia duplicada. Por ejemplo, cuando recibe terapia ocupacional y terapia del habla, las terapias deben proporcionar tratamientos diferentes y no duplicar el mismo tratamiento.

N. Trasplante de órganos

Suministros y servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se le proporcionen cuando Usted es destinatario de los siguientes procedimientos de trasplante de órgano: (1) corazón; (2) corazón/pulmón; (3) médula ósea; (4) pulmón; (5) hígado; (6) páncreas; (7) páncreas/riñón; (8) riñón; (9) intestino delgado; (10) intestino delgado/hígado; y ciertos trasplantes de médula ósea.

Los suministros o servicios de trasplante que no tengan Autorización previa no se cubrirán. La “Autorización previa” es la autorización anterior al tratamiento que debe obtener de parte Nuestra antes de que se realice una evaluación previa al trasplante o cualquier procedimiento cubierto. (Consulte los “Procedimientos de Autorización previa” a continuación).

1. Procedimientos de Autorización previa

Para obtener la Autorización previa, el paciente o el Profesional deben contactarse con el departamento de Administración de Coordinación de Trasplantes, antes de que se reciba la evaluación previa al trasplante o los servicios de trasplante. La Autorización debe obtenerse lo antes posible después de que el paciente haya sido identificado como posible candidato para Servicios de trasplante.

La Administración de Coordinación de Trasplantes es un programa obligatorio para los Miembros que buscan Servicios de trasplante. Llame al número gratuito que figura en el frente de la tarjeta de identificación de miembro, para comunicarse con Servicios al Cliente y Administración de Coordinación de Trasplantes. Debemos recibir la notificación de la necesidad de trasplante para que cubramos el servicio.

2. Servicios cubiertos

Los siguientes suministros y servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico y de trasplante adecuados que recibieron Autorización previa y se proporcionan en relación con un procedimiento cubierto:

- (a) suministros y servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico, que de otra manera estén cubiertos por este programa;
- (b) los suministros y servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para cada trasplante de órgano enumerado solo se cubren cuando Administración de Coordinación de Trasplantes aprueba el trasplante.
- (c) Gastos de viaje para Su evaluación antes de un procedimiento cubierto, desde y hacia el centro médico donde se realizará el procedimiento cubierto por: (1) automóvil particular; (2) ambulancia aérea o terrestre; o (3) transporte público. Esto incluye los gastos de viaje para Usted y un acompañante autorizado
 - (1) El viaje en automóvil particular está limitado a un reembolso con la tarifa de millaje del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) que se encuentre vigente en el momento del viaje, para recorrer una distancia superior a 30 millas para llegar desde su hogar hasta el centro de trasplante dentro de la red.
 - (2) Los gastos de comida y alojamiento se cubren si Usted o Su acompañante recorren más de 30 millas por recorrido y están limitados a \$150 diarios.

(3) El límite total para los gastos de viaje es \$15,000 por Procedimiento cubierto.

- (d) Obtención de órganos de donante. Si el donante no es un Miembro, los Servicios cubiertos para el donante se limitan a los servicios y suministros directamente relacionados con el Servicio de trasplante en sí: (1) pruebas de compatibilidad con el donante; (2) extirpación del órgano del cuerpo del donante; (3) conservación del órgano; y (4) transporte del órgano al centro de trasplante. Los servicios estarán Cubiertos solo en la medida en que no estén Cubiertos por otra cobertura de salud. El proceso de búsqueda y protección del órgano también está Cubierto por este beneficio. Las complicaciones de la obtención del órgano del donante no se cubren. El costo de la Obtención de órgano de donante está incluido en el costo total de Su trasplante de órgano.

3. Condiciones/Limitaciones

Las siguientes limitaciones y/o condiciones se aplican a los servicios, suministros o Cargos:

- (a) Usted y el Profesional deben notificar a la Administración de Coordinación de Trasplantes antes de que Usted reciba un Servicio de trasplante, incluida la evaluación previa al procedimiento, y obtener Autorización previa. Si no se notifica a la Administración de Coordinación de Trasplantes, el trasplante y los procedimientos relacionados no se cubrirán en absoluto.
- (b) La Administración de Coordinación de Trasplantes coordinará todos los Servicios de trasplante, incluida la evaluación previa al procedimiento. Debe colaborar con Nosotros en la coordinación de estos servicios.
- (c) Si no Nos notifica sobre los Servicios de Trasplante propuestos o si no coordina todos los servicios relacionados con el trasplante con Nosotros, el pago de estos servicios se reducirá o excluirá.
- (d) Debe comunicarse con la Administración de Coordinación de Trasplantes y recibir Autorización previa para que Su trasplante esté Cubierto.
- (e) El trasplante de médula ósea se encuentra dentro de una de tres categorías: singénico, alogénico o autólogo. Los gastos elegibles para la cobertura incluyen los cargos de recolección de médula ósea para las personas cubiertas con diagnóstico de cualquier afección maligna o condiciones aprobadas para la cobertura por el administrador de reclamaciones. Los servicios de recolección, obtención y almacenamiento de células madre, ya sea que se obtengan de sangre periférica, sangre del cordón umbilical o de la médula ósea, se cubrirán cuando la reinfusión se programe dentro de un plazo de tres meses o menos. El trasplante de médula ósea autólogo se considera experimental en el tratamiento de otras malignidades, incluidos los tumores intrínsecos primarios del cerebro.

4. Exclusiones

Los siguientes servicios, suministros y Cargos no están Cubiertos en virtud de esta sección:

- a. Si no recibe Autorización previa, el trasplante y los servicios relacionados no estarán cubiertos.

- b. Cualquier servicio excluido específicamente conforme al Anexo B de las Exclusiones de cobertura, excepto que se establezca lo contrario en esta sección.
- c. Servicios o suministros no especificados como Servicios cubiertos en esta sección.
- d. Cualquier intento de Procedimiento cubierto que no se haya realizado, excepto que este acto exceda Su control.
- e. Servicios no Cubiertos.
- f. Servicios que estarían cubiertos por cualquier fondo de investigación privado o público, independientemente de si solicitó o recibió montos de dicho fondo.
- g. Cualquier órgano mecánico o artificial no humano.
- h. Pago para un donante de órgano o la familia del donante como compensación por el órgano, o pago requerido para obtener un consentimiento escrito para donar un órgano.
- i. Servicios del donante, incluidos los procedimientos de exámenes y evaluación que no hayan recibido Autorización previa de Nuestra parte.
- j. Extirpación de un órgano de un Miembro para fines de trasplante en otra persona, excepto que se cubra en virtud de la disposición de Obtención de órgano de donante como se mencionó anteriormente.
- k. Los servicios de recolección, obtención y almacenamiento de células madre, ya sea que se obtengan de sangre periférica, sangre del cordón umbilical o de la médula ósea, cuando la reinfusión no se programe en de un plazo de tres (3) meses posteriores a la recolección.
- l. Otros trasplantes no orgánicos (por ejemplo, córnea) no están cubiertos según esta sección, pero pueden estar cubiertos como Servicio para pacientes internos o Servicio para pacientes ambulatorios, si son Necesarios desde el punto de vista médico.

O. Servicios dentales

Nota: Este Plan no cubre los servicios dentales básicos. Comuníquese con Su asegurador de servicios dentales si tiene preguntas relacionadas con los servicios dentales básicos.

Servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico proporcionados por un doctor en cirugía dental (Doctor of Dental Surgery, DDS), un doctor en odontología médica (Doctor of Medical Dentistry, DMD) o cualquier Profesional matriculado para realizar cirugía bucal relacionada con servicios dentales, excepto lo indicado a continuación.

1. Con cobertura
 - (a) Servicios dentales y atención quirúrgica bucal como consecuencia de una lesión accidental en la mandíbula, dientes naturales sanos, boca o rostro, debido a un traumatismo externo. La cirugía y los servicios deben comenzarse en el plazo de 3 meses y completarse en el lapso de 12 meses posteriores al accidente.
 - (b) Extracción de muelas de juicio incrustadas.

- (c) Tratamiento ortodóntico para la corrección de hemiatrofia facial o defecto de nacimiento congénito que afecta la función del organismo.
- (d) Gastos de anestesia general, enfermería y gastos del hospital asociados en relación con un procedimiento dental para paciente interno o ambulatorio. Esta sección no proporciona Cobertura para los procedimientos dentales que no sean los establecidos en la subsección a. de arriba, solo los gastos relacionados. Se requiere Autorización previa. La Cobertura de gastos de anestesia general, enfermería y gastos del hospital relacionados se proporciona para lo siguiente:
 - (1) Procedimientos quirúrgicos bucales con una alta probabilidad de que se produzcan complicaciones debido a la naturaleza de la cirugía.
 - (2) Enfermedad sistémica concomitante por la cual el paciente se encuentra actualmente bajo coordinación de la atención médica y que aumenta significativamente las probabilidades de complicaciones.
 - (3) Enfermedad mental o afección del comportamiento que excluye la cirugía dental en el consultorio.
 - (4) Uso de anestesia general y la afección médica del Miembro requiere que dicho procedimiento se realice en un hospital.
 - (5) Cirugía o tratamiento dental administrado a un Miembro menor de ocho (8) años de edad, a quien no se le puede realizar el procedimiento de manera segura en un consultorio dental.

2. Exclusiones

- (a) El tratamiento para atención dental de rutina y servicios relacionados incluye, entre otros, los siguientes: (1) coronas; (2) recubrimientos; (3) placas; (4) puentes; (5) radiografías dentales; (6) obturaciones; (7) extracción de dientes; (8) cirugía periodontal; (9) extracción profiláctica de dientes; (10) tratamientos de conducto; (11) atención preventiva (limpiezas, radiografías); (12) reemplazo de dientes (incluidos los implantes, dientes postizos, puentes); (13) injertos óseos (cirugía alveolar); (14) tratamiento de lesiones producidas por la oclusión y la masticación; (15) tratamiento de raíces de dientes; y (16) tratamiento de encías que rodean los dientes.
- (b) Tratamiento para la corrección del prognatismo, sobremordida y desalineación de los dientes, incluidos, entre otros, aparatos para indicaciones dentales, cirugía ortognática y férulas oclusales.

P. Disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint syndrome, TMJ)

Servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para diagnosticar y tratar el síndrome de articulación temporomandibular o la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) o, temporomandibular joint dysfunction, TMD).

1. Con cobertura

- (a) Diagnóstico y control de TMJ o TMD. El tratamiento no quirúrgico de TMJ o TMD se limita según lo indicado en el Anexo C: Lista de Beneficios.

- (b) Tratamiento quirúrgico de TMJ o TMD si lo realiza un cirujano bucal calificado o un cirujano maxilofacial.
 - (c) La TMJ no quirúrgica incluye: (1) examen de antecedentes; (2) consultas médicas; (3) radiografías; (4) moldes de estudio para diagnóstico; (5) medicamentos; y (6) aparatos para estabilizar la articulación de la mandíbula y (7) medicamentos.
 - (d) Tratamiento ortodóntico si es necesario desde el punto de vista médico.
2. Exclusiones

- (a) El tratamiento para atención dental de rutina y servicios relacionados incluye, entre otros, los siguientes: (1) coronas; (2) recubrimientos; (3) placas; (4) puentes; (5) radiografías dentales; (6) obturaciones; (7) cirugía periodontal; (8) extracción profiláctica de dientes; (9) tratamientos de conducto; (10) atención preventiva (limpiezas, radiografías); (11) reemplazo de dientes (incluidos los implantes, dientes postizos, puentes); (12) injertos óseos (cirugía alveolar); (13) tratamiento de lesiones producidas por la oclusión y la masticación; (14) tratamiento de raíces de dientes y tratamiento de encías que rodean los dientes.
- (b) Tratamiento para la corrección del prognatismo, sobremordida y desalineación de los dientes incluidos, entre otros, aparatos para indicaciones dentales.

Q. Servicios de diagnóstico

Análisis de laboratorio y servicios de radiología de diagnóstico Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico.

- 1. Con cobertura
 - (a) Servicios de diagnóstico que no son de rutina solicitados por un Profesional.
 - (b) Todos los demás Servicios de diagnóstico solicitados por un Profesional.
- 2. Exclusiones
 - (a) Servicios de diagnóstico que no son Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico.
 - (c) Servicios de diagnóstico no solicitados por un Profesional.

R. Productos de farmacia de especialidad administrados por el proveedor

Productos farmacéuticos de especialidad Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de enfermedades, los cuales son administrados por un Profesional o agencia de atención médica domiciliaria. Consulte el Cuadernillo de medicamentos recetados de CoverKids/HealthyTNBabies en bcbst.com/docs/pharmacy/2014_CoverKids_HealthyTNBabies_Drug_Book.pdf. Revise el “Formulario de medicamentos de CoverKids” para determinar qué medicamentos pueden necesitar Autorización previa o tener otras limitaciones.

- 1. Con cobertura
 - (a) Productos de farmacia de especialidad administrados por el proveedor identificados en la lista de Productos de farmacia de especialidad de BCBST (incluye la administración por parte de un proveedor calificado).

2. Exclusiones

- (a) Productos de farmacia de especialidad autoadministrados, según se identifican en la lista de productos de farmacia de especialidad de BCBST. Los Productos de farmacias de especialidad autoadministrados están cubiertos en la sección del Programa de medicamentos recetados de este Manual para Miembros.

S. Vista

Diagnóstico y tratamiento Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico de enfermedades y lesiones que dificultan la vista.

1. Con cobertura

- a. Servicios y suministros para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo.
- b. Primer par de anteojos o lentes de contacto necesarios para ajustar los cambios en la vista debido a una cirugía de cataratas y que se obtienen dentro de los 6 meses siguientes a la cirugía.
- c. Lentes de contacto rígidos y segmentos de anillos corneales intraestromales (intraestromal corneal ring segments, ICRS) con diagnóstico de queratocono.
- d. Un examen de la vista (incluido el examen refractivo y la prueba de glaucoma) por año del Plan. El examen de la vista debe ser realizado por un Proveedor de la red.
- e. Un par de anteojos (incluidos los anteojos bifocales, trifocales, etc.) por año del Plan.
- f. Lentes de contacto recetados en lugar de anteojos.
- g. Un marco para anteojos cada 2 años del Plan.
- h. Los suministros, las soluciones y los servicios ópticos aprobados deben obtenerse a través de oftalmólogos u optometristas certificados o matriculados, o laboratorios de suministros ópticos que participen en CoverKids. Se requiere aprobación previa para cualquier otro servicio o ayuda visual que, según la recomendación del proveedor, se consideren necesarios.

2. Exclusiones

- a. Cirugías para corregir los errores refractivos de los ojos.
- b. Ejercicios y/o tratamientos para la vista.
- c. Entrenamiento visual
- d. Cargos para exámenes de la vista, lentes, marcos o lentes de contacto indicados cuando la cobertura estaba vigente, pero no entregados dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura.
- e. Cargos para anteojos de sol, fotosensibles, antirreflejo u otros cargos opcionales cuando el cargo supera la cantidad permitida para lentes regulares.
- f. Cargos presentados para procedimientos que el administrador determina como

especiales o inusuales, como ortóptica, ejercitación de la vista, dispositivos para visión por debajo de lo normal, lentes anisecónicos, tonografía, etc.

- g. Cargos para lentes que no cumplen con las normas Z80.1 o Z80.2 del Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (American National Standards Institute).
- h. Cargos que excedan el Cargo máximo permitido de TennCareSelect.

T. Equipo médico duradero

Equipos o artículos médicos Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico los cuales: (1) no tienen ningún valor médico ni de otro tipo para Usted si no existe una enfermedad o lesión; (2) pueden utilizarse de manera reiterada en un centro para pacientes ambulatorios o en el hogar; (3) requieren la receta de un Profesional para la compra; (4) están aprobados por la FDA para tratar la enfermedad o lesión para la cual se los receta; y (5) no son para Su conveniencia. Algunos servicios requieren Autorización previa.

1. Con cobertura

- (a) Alquiler de Equipo médico duradero: el cargo del alquiler máximo permitido no debe superar el Cargo máximo permitido total para la compra de *TennCareSelect*. Si alquila el mismo tipo de equipo de diversos Proveedores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), y los cargos totales del alquiler de los distintos Proveedores supera el precio de la compra de un solo equipo, Usted será responsable del monto que exceda el Cargo máximo permitido para la compra de *TennCareSelect*.
- (b) La reparación, la modificación o el reemplazo de los componentes y accesorios necesarios para el funcionamiento eficaz del equipo Cubierto.
- (c) Suministros y accesorios necesarios para el funcionamiento eficaz de Equipos médicos duraderos Cubiertos.
- (d) El reemplazo de los artículos necesarios como consecuencia del deterioro por el uso, defectos u obsolescencia y el paso del tiempo.

2. Exclusiones

- a. Cargos que superen el costo total del Cargo máximo permitido de *TennCareSelect* para comprar el equipo.
- b. Reparaciones, modificaciones, reemplazo o duplicados de cualquiera de los equipos.
- c. Suministros y accesorios que no son necesarios para el funcionamiento eficaz del equipo Cubierto.
- d. Artículos para reemplazar a aquellos que se perdieron, dañaron, fueron robados o recetados a causa de una nueva tecnología.
- e. Artículos que requieran o dependan de una reforma del hogar, lugar del trabajo o vehículo de transporte.
- f. Scooters motorizados, equipos para ejercicios, tinas calientes, piscinas, saunas.

- g. Equipos “de lujo” o “mejorados”. El equipo más básico que proporcionará la atención médica necesaria determinará el beneficio.

U. Tratamiento de la diabetes

Diagnóstico y tratamiento de la diabetes Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico. Para que dichos servicios reciban Cobertura deben estar recetados y certificados por un Profesional como Necesarios desde el punto de vista médico. El tratamiento de la diabetes incluye equipos médicos y suministros.

1. Con cobertura
 - a. Medidores del nivel de azúcar en sangre, como se indica en el formulario. Tiras de prueba para medir el nivel de azúcar en sangre (glucosa), como se indica en el formulario.
 - b. Insulina.
 - c. Jeringas.
 - d. Lancetas.
 - e. Aparatos podiátricos para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes.
 - f. La atención de rutina de los pies Necesaria desde el punto de vista médico para las personas con diagnóstico de diabetes incluirá: calzado y plantillas para diabéticos, corte de uñas y tratamiento de callos.
 - g. Educación y capacitación sobre la autoadministración en pacientes ambulatorios, incluido el asesoramiento médico nutricional. Disponible inicialmente y cuando se produce un cambio en la afección.
 - h. Tiras de prueba de orina y de lectura visual.
 - i. Artículos para inyecciones.
 - j. Bombas de insulina, accesorios y dispositivos de infusión.
 - k. Agentes hipoglucémicos orales.
 - l. Equipos de emergencia de Glucagón.
2. Exclusiones
 - a. Tratamientos o suministros que no están recetados y certificados por un Profesional como Necesarios desde el punto de vista médico.

V. Prótesis/Ortopedia

Dispositivos Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico utilizados para corregir o reemplazar un órgano o miembro del cuerpo, en parte o en su totalidad, que pueda tener una disfunción o que haya sido extraído debido a: (1) un defecto de nacimiento; (2) un accidente; (3) una enfermedad; o (4) una cirugía. Algunos servicios requieren Autorización previa.

1. Con cobertura
 - a. La compra inicial de dispositivos protésicos u ortopédicos implantados quirúrgicamente.
 - b. La reparación, la modificación o el reemplazo de los componentes y accesorios necesarios para el funcionamiento eficaz del equipo Cubierto.
 - c. Férulas y aparatos hechos o moldeados a medida y que son adicionales a los servicios de un Profesional u ordenados por un Profesional.
 - d. El reemplazo de los artículos Cubiertos como consecuencia del deterioro por el uso, defectos u obsolescencia y el paso del tiempo.
 - e. La compra inicial de prótesis para miembros u ojos.
 - f. El primer par de anteojos o lentes de contacto recetados como resultado de una operación de cataratas y obtenidos en el plazo de 6 meses posteriores a la cirugía.
 - g. Implante coclear: mediante el uso de implantes aprobados por la FDA y siempre que se cumpla con todos los criterios siguientes:

En el caso de los niños de 18 años de edad.

- (1) Diagnóstico de sordera profunda poslingual.
- (2) El paciente obtuvo poco o ningún beneficio del audífono.
- (3) El paciente no tiene infección en el oído medio, tiene una luz coclear accesible que estructuralmente es adecuada para el implante y no tiene lesiones en el nervio auditivo y las áreas acústicas del sistema nervioso central.
- (4) El paciente tiene la capacidad cognitiva para utilizar claves auditivas y desde el punto de vista psicológico y motivacional puede someterse a un extenso programa de rehabilitación.
- (5) El paciente no tiene contraindicaciones para la cirugía.

En el caso de los niños (de entre 2 y 17 años de edad)

- (1) Diagnóstico de sordera profunda bilateral neurosensorial.
- (2) El paciente obtuvo poco o ningún beneficio del audífono o dispositivo vibrotáctil, según lo demostrado por la incapacidad para mejorar en una tarea de identificación de palabras en contexto cerrado adecuada para la edad.

Debería realizarse una evaluación electrofisiológica para corroborar la evaluación del comportamiento en cada niño pequeño que no puede ser evaluado de manera

adecuada mediante una audiometría estándar. Esta evaluación puede consistir en una audiometría de respuesta auditiva del tronco del encéfalo o prueba similar que estaría cubierta en caso de ser necesaria desde el punto de vista médico, según lo determinado por el administrador de reclamaciones.

En el caso de los niños, debe realizarse una prueba de seis meses como mínimo con la amplificación adecuada (audífono o dispositivo vibrotáctil) y rehabilitación, para determinar el potencial del beneficio de estos dispositivos.

- h. Se cubren los gastos de ortopedia para los pies para lo siguiente:
 - (1) Calzado terapéutico si es una parte integral de un aparato ortopédico para la pierna y necesario desde el punto de vista médico (según lo determine el administrador de reclamaciones) para el funcionamiento adecuado del aparato.
 - (2) Calzado terapéutico, limitado a un par por año del Plan (profundo o hecho a medida), incluidas las plantillas y las modificaciones necesarias desde el punto de vista médico para los Miembros del Plan con diabetes mellitus y con cualquiera de las siguientes complicaciones:
 - a. Neuropatía periférica con evidencia de formación de callos
 - b. Antecedentes de callos preulcerosos
 - c. Antecedentes de ulceraciones previas
 - d. Deformidad de los pies
 - e. Amputación previa del pie o parte del pie
 - f. Mala circulación
 - (3) Órtesis de pies de rehabilitación indicada como parte del cuidado posquirúrgico o colocación de yeso postraumática
 - (4) Calzado ortopédico (limitado a uno de por vida) que sea una parte integral de la prótesis y necesario desde el punto de vista médico, según lo determinado por el administrador de reclamos, para los miembros con un pie parcial
 - (5) Órtesis de tobillo, ortopedia de tobillo-pie y ortopedia de rodilla-tobillo-pie si es necesaria desde el punto de vista médico según lo determinado por el administrador de reclamaciones
 - i. Audífonos. Se limitan a 1 por oído por año calendario hasta los 5 años de edad; a partir de entonces, 1 por oído cada 2 años.
2. Exclusiones
- (a) Prótesis principalmente para fines cosméticos, incluidas, entre otros, pelucas u otras prótesis o trasplantes para el cabello.
 - (b) Artículos para reemplazar aquellos artículos extraviados, dañados, robados o recetados como consecuencia de las nuevas tecnologías.
 - (c) Los reemplazos de lentes de contacto luego de que se proporcionó el primer par después de una cirugía de cataratas.

W. Servicios de atención médica en el hogar

Servicios y suministros Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en Su hogar por parte de un Profesional que se dedique principalmente a prestar servicios de atención médica en el hogar.

1. Con cobertura
 - (a) Servicios, suministros y medicamentos para la salud intermitentes y de tiempo parcial que se proporcionan con la supervisión de un enfermero registrado.
 - (b) Terapia de infusión domiciliaria.
 - (c) La Cobertura está limitada según se indica en el Anexo C: Lista de Beneficios.
2. Exclusiones
 - (a) Casos como servicios que no están relacionados con un tratamiento o: (1) transporte de rutina; (2) servicios de ama de casa o de tareas domésticas; (3) asesoramiento sobre el comportamiento; (4) equipo de asistencia ambiental; (5) Atención de mantenimiento o de custodia; (6) trabajo social de casos; (7) reparto de comidas; (8) higiene personal; y (10) artículos de conveniencia.
 - (b) Servicios de custodia, domiciliarios o de enfermería privada.
 - (c) Servicios médicos sociales.
 - (d) Asesoramiento alimenticio.
 - (e) Servicios que no fueron Autorizados por el Plan.

X. Hospicio

Servicios y suministros Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para atención de apoyo cuando la expectativa de vida es de 6 meses o menos.

1. Con cobertura
 - (a) Los beneficios se proporcionarán para: (1) atención de enfermería intermitente y de tiempo parcial; (2) servicios médicos sociales; (3) asesoramiento para el duelo; (4) medicamentos para el control o la paliación de una enfermedad; (5) servicios de ayuda médica domiciliaria; y (6) fisioterapia o terapia respiratoria para el control de síntomas.
2. Exclusiones
 - (a) Servicios tales como: (1) servicios de ama de casa o de tareas domésticas; (2) comidas; (3) artículos de conveniencia o de confort que no estén relacionados con la enfermedad; (4) equipo de asistencia ambiental; (5) personal de enfermería privado; (6) transporte de rutina; y (7) asesoramiento financiero o fúnebre.

Y. Suministros

Aquellos suministros prescindibles y desechables Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de enfermedades o lesiones.

1. Con cobertura

- (a) Suministros para el tratamiento de enfermedades o lesiones que se utilizan en el consultorio de un Profesional, en un centro para pacientes ambulatorios o para pacientes internos.
- (b) Suministros para el tratamiento de enfermedades o lesiones recetados por un Profesional y que no pueden obtenerse sin la receta de un Profesional.

2. Exclusiones

- (a) Suministros que pueden obtenerse sin una receta (excepto los suministros para diabéticos). Algunos ejemplos incluyen, entre otros: (1) bandas adhesivas; (2) vendajes para uso en el hogar; (3) antisépticos; (4) cremas y ungüentos con medicamento; (5) hisopos; (6) colirio; y (7) pañales.
- (b) Suministros para uso en el hogar o para uso personal, a menos que estén recetados por un Profesional y sean Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico.

Z. Programa de medicamentos recetados

Los beneficios se proporcionan para los medicamentos y la insulina recetados que figuran en el Formulario de medicamentos cuando Usted no está internado en un hospital ni en otro centro médico. Consulte el cuadernillo de la Lista de medicamentos preferidos y farmacias del programa de CoverKids para obtener la lista de Medicamentos recetados cubiertos por Su programa de farmacias.

En la Farmacia de la red, pagará el menor de Su Copago o del cargo de la Farmacia.

Los beneficios se limitan a un suministro para 30 días cuando se compran en una farmacia minorista. Algunos medicamentos pueden comprarse para un suministro de 90 días como máximo a través de entrega a domicilio o en ciertas farmacias minoristas. Algunos productos pueden estar sujetos a Limitaciones de cantidad adicionales adoptadas por Nosotros.

El Proveedor que emita la receta deberá permitir la sustitución de un Medicamento de marca preferida o no preferida por un Medicamento genérico (cuando se encuentre disponible) en todas las circunstancias, a menos que el Proveedor que emita la receta determine la necesidad médica de un Medicamento de marca (Preferida o No preferida) debido a lo siguiente:

- (a) Usted experimentó previamente una reacción adversa al Medicamento genérico.
- (b) Se ha demostrado que el medicamento genérico no es eficaz para Usted.
- (c) Cualquier otra necesidad clínica que determine el Proveedor que emite la receta.

Si elige un Medicamento de marca (Preferida o No preferida) cuando se encuentra disponible un Medicamento genérico equivalente, deberá hacerse cargo del monto que supere el costo del Medicamento genérico además del copago requerido para los Medicamentos genéricos.

Si le emiten una Receta en una Farmacia fuera de la red, esa Receta no estará cubierta en virtud de este Manual para Miembros.

1. Servicios cubiertos

- (a) Medicamentos recetados cuando no se encuentra internado en un hospital u otro centro médico. Los Medicamentos recetados deben cumplir con lo siguiente:
 - (1) ser recetados a partir de que comienza a tener vigencia Su Cobertura;
 - (2) ser aprobados para su uso por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA);
 - (3) ser entregados por un farmacéutico o doctor participante matriculados;
 - (4) figurar en el Recetario de medicamentos cerrados; y
 - (5) estar disponibles para venta solo con una Receta.

2. Limitaciones

- a. Los resurtimientos deben entregarse conforme a una Receta. Si la cantidad de resurtimientos no está especificada en la Receta, los beneficios para los resurtimientos no se proporcionarán si transcurre un año desde la fecha de la Receta original.
- b. El Plan tiene límites de tiempo sobre cuán pronto se puede resurtir una Receta. Si solicita un resurtimiento demasiado pronto, la Farmacia de la red le informará cuándo Su beneficio de Receta le cubrirá el resurtimiento.
- c. Los suministros, dispositivos y aparatos médicos con y sin Receta no están Cubiertos, excepto en el caso de las jeringas u otros suministros que se utilicen para el tratamiento de la diabetes.

- d. Los Medicamentos recetados que vienen en envases comerciales o que se entregan generalmente en cantidades menores a un suministro para 30 días calendario (por ejemplo, artículos recetados que se entregan en función de una determinada cantidad para un régimen terapéutico) estarán sujetos a un Copago del medicamento, siempre y cuando la cantidad no exceda el dosaje aprobado por la FDA para cuatro semanas calendario.
- e. El Plan no cubre los Medicamentos recetados con otros fines que no sean:
 - (1) indicaciones aprobadas por la FDA; o
 - (2) indicaciones no autorizadas reconocidas a través de bibliografía médica revisada por pares.
- f. Los Medicamentos compuestos están cubiertos únicamente cuando se surten en una Farmacia de la red. La Farmacia de la red debe presentar la reclamación a través del gerente de beneficios de farmacia. Todos los ingredientes de un medicamento compuesto deben estar cubiertos para que el sistema los procese. Si algún ingrediente no está cubierto, la reclamación será denegada. Los productos en polvo a granel y los productos químicos a granel seleccionados no se cubrirán. Cualquier ingrediente que requiera una Autorización previa debe ser aprobado por el administrador de beneficios de farmacia o el compuesto será denegado.
- g. Productos para dejar de fumar, como parches, suministrados para ayudar a dejar el cigarrillo. A este beneficio se aplican las siguientes limitaciones:
 - (1) la receta debe ser emitida por un doctor matriculado;
 - (2) las recetas solo se emiten por un período de 90 días; y
 - (3) el beneficio se permite una vez por año del Plan, con un beneficio máximo de por vida de dos períodos de 90 días.

3. Exclusiones

Los siguientes servicios, suministros y Cargos no están Cubiertos en virtud de esta sección:

- a. medicamentos que sean recetados, entregados o proporcionados para ser utilizados mientras se encuentra internado en un hospital, centro de enfermería especializada u otro centro médico similar, excepto que esté Cubierto de otra manera en el Manual para Miembros;
- b. cualquier fármaco, medicamento, vitaminas o dispositivos Recetados disponibles para venta libre que no requieren una Receta según la ley estatal o federal; y/o los Medicamentos recetados entregados en el consultorio de un doctor están excluidos excepto que estén Cubiertos de otra manera en este Manual para Miembros;
- c. cualquier cantidad de Medicamentos recetados que exceda la cantidad especificada por el Comité de P&T del Plan;
- d. cualquier Medicamento recetado comprado fuera de los Estados Unidos, excepto los que estén autorizados por Nosotros;

- e. cualquier Medicamento recetado entregado por una Farmacia por Internet no minorista o a través de esta;
- f. suministros o sustancias no médicas, incluidas las prendas de soporte, independientemente de su uso previsto;
- g. cualquier fármaco o medicamento entregado más de un año después de la fecha de la Receta;
- h. Medicamentos recetados que tiene derecho a recibir sin cargo de acuerdo con cualquier ley de compensación de los trabajadores o programa municipal, estatal, o federal;
- i. Medicamentos recetados de reemplazo como consecuencia de medicamentos extraviados, derramados, robados o traspapelados (excepto cuando lo exija la ley aplicable);
- j. medicamentos entregados por un Proveedor que no sea una Farmacia;
- k. administración o inyección de cualquier medicamento;
- l. Medicamentos recetados que no figuren en el Recetario de medicamentos;
- m. Medicamentos recetados utilizados con fines cosméticos, incluidos, entre otros: 1) medicamentos usados para reducir arrugas (por ejemplo Renova); 2) medicamentos destinados a promover el crecimiento del cabello; 3) medicamentos usados para controlar la transpiración; 4) medicamentos destinados a eliminar el vello (por ejemplo Vaniqa); y 5) cremas para aclarar manchas de piel;
- n. medicamentos de la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) y medicamentos menos que eficaces (Less Than Effective, LTE);
- o. Medicamentos experimentales y/o en investigación;
- p. Medicamentos recetados obtenidos de una Farmacia fuera de la red;
- q. Productos de farmacia de especialidad administrados por el proveedor, como se indican en Nuestra lista de Productos de farmacia de especialidad, excepto que estén Cubiertos de otra manera en este Manual para Miembros.
- r. Medicamentos recetados o resurtimientos entregados:
 - (1) en cantidades que excedan las cantidades especificadas en la sección Pago de beneficios; o
 - (2) que excedan cualquier monto máximo aplicable de beneficios establecido en este Manual para Miembros.

El Plan retendrá cualquier reembolso, reintegro u otro pago que represente una devolución de dinero pagado por Servicios cubiertos en virtud de esta sección.

BENEFICIOS PARA LOS PRODUCTOS DE FARMACIA DE ESPECIALIDAD AUTOADMINISTRADOS

Existe una red distinta para los Productos de farmacia de especialidad: la red de farmacias de especialidad. Usted recibe el mayor nivel de beneficios cuando utiliza un Proveedor de la red de farmacias de especialidad para los Productos de farmacias de especialidad autoadministrados. Consulte la lista de Medicamentos de farmacias de especialidad para determinar qué medicamentos pueden requerir una Autorización previa o tener otras limitaciones. (Consulte la sección de Productos de farmacias de especialidad administrados por el proveedor para saber cuáles son los productos de Farmacias de especialidad administrados por un Proveedor).

Los Productos de farmacias de especialidad están limitados a un suministro para 30 días por Receta.

ANEXO B: EXCLUSIONES DE COBERTURA

CoverKids no proporciona beneficios para los siguientes servicios, suministros o cargos:

1. Servicios o suministros que no figuren como Servicios cubiertos en virtud del Anexo A, Servicios cubiertos.
2. Servicios o suministros que no se consideren Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico o que no hayan sido autorizados por el Plan.
3. Servicios o suministros que sean experimentales por naturaleza, incluidos, entre otros: (1) fármacos; (2) productos biológicos; (3) medicamentos; (4) dispositivos; y (5) tratamientos.
4. Cuando existe más de una alternativa de tratamiento, todas son Adecuadas y Necesarias desde el punto de vista médico, y todas cumplirían con Sus necesidades, Nos reservamos el derecho a pagarle la alternativa de Servicio cubierto menos costosa.
5. Autotratamiento o capacitación
6. Consultas con el personal requeridas por las normas del hospital o de otros centros médicos.
7. Servicios que sean gratuitos.
8. Servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades o lesiones relacionadas con Su participación en un delito grave, intento de delito grave, pelea o insurrección.
9. Servicios o suministros para el tratamiento de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, independientemente de que tenga cobertura de compensación de trabajadores o no.
10. Artículos y servicios personales, de actividad física, recreación o conveniencia como por ejemplo: (1) servicios de peluquería y belleza; (2) televisión; (3) acondicionadores de aire; (4) humidificadores; (5) filtros de aire; (6) calentadores; (7) equipos de actividad física; (8) saunas; (9) hidromasajes; (10) purificadores de agua; (11) piscinas; (12) camas solares; (13) programas para bajar de peso; (14) programas de actividad física; (15) pañales; o (16) dispositivos de autoayuda que no sean médicos por naturaleza, ni siquiera si los solicita un Profesional.
11. Servicios o suministros recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de Su Cobertura de este Plan.
12. Servicios o suministros relacionados con la Internación hospitalaria, recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de Su Cobertura de este Plan.
13. Servicios o suministros recibidos después de que finaliza Su cobertura de este Plan por cualquier motivo. Esto se aplica incluso si los gastos están relacionados con una afección que comenzó mientras estaba Cubierto.
14. Servicios o suministros recibidos en un departamento dental o médico mantenido por el empleador, asociación de beneficios mutuos, sindicatos o grupos similares.
15. Consultas por teléfono o correo electrónico, o cargos por completar un formulario de reclamación o por proporcionar expedientes clínicos. Los Proveedores de la red no deben facturarle las citas a las que no acudió y los cargos por estas citas no están cubiertos.

16. Servicios para proporcionar información médica solicitada o para completar formularios. No le cobraremos a Usted ni a Su representante legal los cargos de las copias exigidos por ley.
17. Exámenes y tratamiento ordenados por un tribunal, a menos que sean Necesarios desde el punto de vista médico.
18. Habitación, comida y atención general de enfermería proporcionados el día del alta, a menos que la admisión y el alta se produzcan el mismo día.
19. Cargos que excedan el Cargo máximo permitido de TennCareSelect por los Servicios cubiertos o cualquier cargo que supere los límites de beneficios individuales.
20. Cualquier servicio mencionado en el Anexo A como un Servicio no Cubierto o una limitación.
21. Cargos por servicios prestados por Usted o Su cónyuge, o Su padre, madre, hermana, hermano, hijo o hija, o los de Su cónyuge.
22. Cualquier cargo por tarifas de manipulación.
23. Artículos de seguridad, o artículos para mejorar el rendimiento, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
24. Servicios o suministros relacionados con el tratamiento de complicaciones que están directa o estrechamente relacionadas con la negación del Miembro a aceptar tratamiento, medicamentos o un ciclo de tratamiento que el Proveedor recomendó o determinó Necesario desde el punto de vista médico, incluso si deja un centro médico para pacientes internos contra la recomendación del doctor tratante.
25. Servicios o suministros relacionados con servicios cosméticos, incluida la cirugía u otros servicios, medicamentos o dispositivos. Los servicios cosméticos incluyen, entre otros: (1) extracción de tatuajes; (2) estiramiento facial; (3) extracción de queloides; (4) dermoabrasión; (5) exfoliaciones químicas; (6) rinoplastia; (7) aumento de los senos; y (8) disminución de los senos. Esta exclusión no se aplicará a las siguientes condiciones:
 - a. la persona cubierta experimentó una enfermedad o lesión traumática que requiere una cirugía cosmética;
 - b. tratamiento de una anomalía congénita que afecta las funciones de un órgano del cuerpo en una persona cubierta;
 - c. si la persona cubierta lo elige después de una mastectomía, según se especifica en el Anexo A, Servicios cubiertos;
 - d. extirpación de implante mamario y capsulectomía mamaria con reconstrucción cuando el doctor documenta síntomas de dolor, molestias o deformidad relacionados con los implantes mamarios o cuando existe una contractura capsular.
26. Blefaroplastia y levantamiento de cejas, excepto para: (1) corrección de lesiones en la zona orbital como consecuencia de un traumatismo físico o de procedimientos quirúrgicos no cosméticos (por ejemplo, extracción de malignidades); (2) tratamiento de edemas e irritación como consecuencia de la enfermedad de Graves; o (3) corrección de triquiasis, ectropión o entropión de los párpados.
27. Conservación de esperma.

28. Servicios o suministros para cirugía ortognática.
29. Servicios o suministros para Atención de mantenimiento.
30. Servicios de enfermería privada que normalmente serían proporcionados por el personal de enfermería, incluida la atención de enfermería privada en un centro médico.
31. Pruebas de farmacogenética.
32. Servicios o suministros para tratar disfunciones sexuales, independientemente de cuál sea la causa, incluidos, entre otros, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y libido disminuida.
33. Servicios o suministros para terapia de mantenimiento con metadona y buprenorfina.
34. Órtesis craneal, incluido el casco o la cinta para la cabeza, para el tratamiento de plagiocefalia.
35. Atención de maternidad anterior y posterior al parto, incluidas las complicaciones del embarazo.
36. Servicios o suministros para presos reclusos en una prisión o cárcel local, estatal o federal, o en otra institución correccional penal, incluido un permiso para ausentarse de dicha institución.

ANEXO C: LISTA DE BENEFICIOS COVERKIDS

GRUPO II

Para recibir los beneficios de este Plan, asegúrese de que el Proveedor sea miembro de la Red de proveedores que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si recibe servicios de un Proveedor fuera de la red, Usted será responsable de pagar el cargo del Proveedor fuera de la red en su totalidad. **No se pagan los beneficios por los servicios recibidos de Proveedores fuera de la red.**

Servicios cubiertos	COPAGO NECESARIO PARA SERVICIOS CUBIERTOS RECIBIDOS DE PROVEEDORES DE LA RED
Servicios recibidos en el consultorio de un Profesional	
Servicios en consultorio de atención preventiva	
Atención preventiva: incluye exámenes físicos periódicos, pruebas y vacunas prestados según las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y las pautas nutricionales (cuando son Necesarios desde el punto de vista médico)	Sin copago
Servicios en el consultorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones	
Consultas médicas para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones por parte de un Doctor de atención primaria	Copago de \$5
Consultas médicas para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones por parte de un Especialista	Copago de \$5
Cirugía en el consultorio, incluida la anestesia, realizada por un Doctor de atención primaria	Copago de \$5
Cirugía en el consultorio, incluida la anestesia, realizada por un Especialista	Copago de \$5
Tratamientos que no son de rutina: Incluye diálisis y radiación, cobalto y terapia con radioisótopos	Sin copago
Servicios de diagnóstico de rutina para enfermedades o lesiones	Sin copago

Servicios cubiertos	COPAGO NECESARIO PARA SERVICIOS CUBIERTOS RECIBIDOS DE PROVEEDORES DE LA RED
Alergia o inyecciones de suero administradas por un Enfermero	Sin copago
Alergia o inyecciones de suero administradas por un Doctor de atención primaria	Copago de \$5
Alergia o inyecciones de suero administradas por un Especialista	Copago de \$5
<p>Servicios de rehabilitación</p> <p>Servicios de terapia (incluida la terapia del habla) limitados a 52 consultas por tipo de terapia por año del Plan, servicios quiroprácticos limitados a 52 consultas por año del Plan.</p>	Copago de \$5
Servicios de salud del comportamiento	Copago de \$5
DME	Sin copago
<p>Prótesis/Ortopedia</p> <p>Los audífonos se limitan a 1 por oído por año calendario hasta los 5 años de edad; a partir de entonces, 1 por oído cada 2 años.</p>	Sin copago
Suministros (suministro para 31 días)	Copago de \$5
Servicios recibidos en un centro médico	
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Se requiere Autorización previa. Los beneficios serán rechazados para los Proveedores de la Red fuera de Tennessee cuando no se obtenga la Autorización Previa. Los Proveedores de la Red de Tennessee son responsables de obtener la Autorización Previa. El Miembro no es responsable de las sanciones cuando los Proveedores de la red de Tennessee no obtienen la Autorización previa.</p>	
<p>Cargos del centro médico</p> <p>No se cobra el Copago si el paciente vuelve a ingresar en un plazo de 48 horas de la consulta inicial por el mismo episodio de enfermedad o lesión.</p>	Copago de \$5 por hospitalización

Servicios cubiertos	COPAGO NECESARIO PARA SERVICIOS CUBIERTOS RECIBIDOS DE PROVEEDORES DE LA RED
Cargos de profesionales	Sin copago
Cargos del centro médico relacionados con Servicios de salud del comportamiento	Copago de \$5 por hospitalización
Cargos de profesionales relacionados con Servicios de salud del comportamiento.	Sin copago
Servicios de rehabilitación	Copago de \$5 por hospitalización
Centro de enfermería especializada Se limita a 100 días por año del Plan después de la hospitalización aprobada.	Sin copago
Servicios de atención de emergencia en el hospital	
Cargos del centro médico (no se cobra el copago si el paciente es hospitalizado):	
Afección de emergencia (Proveedor dentro y fuera de la red)	Copago de \$5 por consulta
Afección que no sea de emergencia (DEBE ser un Proveedor dentro de la red. Si es un Proveedor fuera de la red, los beneficios no se pagarán)	Copago de \$10 por consulta
Cargos de profesionales	Sin copago
Servicios de atención de urgencia	
Cargos del centro médico: Sala de emergencias	Copago de \$10 por consulta
Clínica de atención sin turno previo	Copago de \$5 por consulta
Cargos de profesionales	Sin copago

Servicios cubiertos	COPAGO NECESARIO PARA SERVICIOS CUBIERTOS RECIBIDOS DE PROVEEDORES DE LA RED
Servicios en centros para pacientes ambulatorios y cirugía para pacientes ambulatorios Las cirugías incluyen los servicios de diagnóstico invasivo (por ejemplo, colonoscopia, sigmoidoscopia)	
Cargos del centro médico	Copago de \$5
Cargos de profesionales:	
Doctor en atención primaria	Sin copago
especialista	Sin copago
Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios	
Servicios de diagnóstico de rutina y que no son de rutina para enfermedades o lesiones	Sin copago
Otros procedimientos, servicios o suministros para pacientes ambulatorios	
Cargos del centro médico relacionados con Servicios de salud del comportamiento	Copago de \$5
Cargos de profesionales relacionados con Servicios de salud del comportamiento	Sin copago
DME	Sin copago
Prótesis/Ortopedia Los audífonos se limitan a 1 por oído por año calendario hasta los 5 años de edad; a partir de entonces, 1 por oído cada 2 años.	Sin copago
Suministros (suministro para 31 días)	Copago de \$5
Tratamientos que no son de rutina: Incluye diálisis y radiación, cobalto y terapia con radioisótopos	Sin copago

Servicios cubiertos	COPAGO NECESARIO PARA SERVICIOS CUBIERTOS RECIBIDOS DE PROVEEDORES DE LA RED
Todos los demás servicios recibidos en un centro para pacientes ambulatorios, incluida la quimioterapia y radioterapia	Sin copago
Otros servicios	
Ambulancia	Sin copago
servicios de atención médica en el hogar, incluida terapia de infusión a domicilio (limitados a 125 consultas por año del Plan). Se requiere Autorización Previa.	Copago de \$5
Cuidados paliativos	Sin copago
Educación y capacitación para el autocontrol de la diabetes	Sin copago
Servicios recibidos en la Farmacia	
<p>Medicamentos recetados</p> <p>En farmacia minorista hasta un suministro para un máximo de 30 días. Suministro para un máximo de 90 días por un Copago mediante entrega a domicilio y en ciertas farmacias minoristas. Si elige un Medicamento de marca (Preferida o No preferida) cuando se encuentra disponible un Medicamento genérico equivalente, deberá hacerse cargo del monto que supere el costo del Medicamento genérico además del copago requerido para los Medicamentos genéricos.</p> <p>Productos de farmacia de especialidad autoadministrados</p> <p>son elegibles para los beneficios según nuestra lista de productos de farmacia de especialidad. Los beneficios para los productos de farmacia de especialidad autoadministrados se limitan a un suministro para 30 días por Receta. Algunos Medicamentos de especialidad necesitan Autorización previa. Llame a Servicios al Cliente para determinar si se requiere una Autorización previa.</p>	
Genéricos	Copago de \$1
Medicamentos de marca preferidas	Copago de \$3
Medicamentos de marca no preferidas	Copago de \$5

Servicios cubiertos		COPAGO NECESARIO PARA SERVICIOS CUBIERTOS RECIBIDOS DE PROVEEDORES DE LA RED
Medicamentos de farmacia de especialidad	Copago necesario cuando se compran en una farmacia de especialidad	Copago necesario cuando se compran en una farmacia de la red
Genéricos	Copago de \$1	Copago de \$1
Medicamentos de marca preferida	Copago de \$3	Copago de \$3
Medicamentos de marca no preferida	Copago de \$5	Copago de \$5
<p>Servicios para la vista</p> <p>Los Servicios cubiertos tienen límites anuales. Usted será responsable de todos los cargos que superen los límites.</p> <p>Cuando se indican marcos y lentes al mismo tiempo, solo se cobra un Copago.</p>		
Examen anual de la vista (incluido el examen refractivo y el examen anual de glaucoma). El examen debe realizarlo un Proveedor de la red.		Sin copago
Anteojos recetados (incluidos los bifocales o trifocales, una vez por año del Plan)		Copago de \$5 Beneficio máximo de \$85
Lentes de contacto recetados en lugar de anteojos (una vez por año del Plan)		Copago de \$5 Beneficio máximo de \$150
Marcos (una vez cada 2 Años del Plan)		Copago de \$5 Beneficio máximo de \$100
Límites varios		Máximo
Pago complementario máximo para todos los servicios		5% del ingreso familiar
Articulación temporomandibular (TMJ): máximo por tratamiento no quirúrgico		\$1,500 por año del Plan

EN COVERKIDS NO PERMITIMOS EL TRATO INJUSTO.

No se trata a nadie de modo diferente por motivos de raza, creencias, idioma, lugar de nacimiento, discapacidad, religión, sexo, color o edad. Lea más sobre su derecho al trato justo en la sección “**AVISO SOBRE TRATO INJUSTO**” de este Manual para Miembros.

Kids

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

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un licenciario independiente de BlueCross BlueShield Association

CKIDS-86 (4/15)
Member Handbook Group II