

# HealthyTNBabies

## Manual para miembros 2015

### ¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Arabic); Bosanski (Bosnian)

کوردی – بادینانی (Kurdish-Badinani)

کوردی – سۆرانی (Kurdish- Sorani)

Soomali (Somali); Español (Spanish);

Ngúói Việ̣t (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 HEALTHYTNBABIES**

### **AVISO**

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

**HEALTHYTNBABIES 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 HealthyTNBabies en español? Para obtener un manual en español, llame gratis a BCBST al (888) 325-8386.

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

**COVERKIDS HEALTHYTNBABIES  
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 . . . . .	3
LICENCIATARIO INDEPENDIENTE DE BLUECROSS BLUESHIELD ASSOCIATION . . . . .	4
ELEGIBILIDAD . . . . .	4
INSCRIPCIÓN . . . . .	4
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA . . . . .	5
FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA . . . . .	5
PROGRAMA BLUECARD . . . . .	6
RECLAMACIONES Y PAGOS . . . . .	7
AUTORIZACIÓN PREVIA, ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, POLÍTICAS MÉDICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE . . . . .	9
SUBROGACIÓN Y DERECHO DE REEMBOLSO . . . . .	11
PROCEDIMIENTO DE QUEJAS . . . . .	13
DISPOSICIONES GENERALES . . . . .	17
DEFINICIONES. . . . .	18
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES . . . . .	24
DECISIONES JUSTAS SOBRE SU ATENCIÓN . . . . .	26
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD . . . . .	27
SU RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CASOS DE FRAUDE Y ABUSO . . . . .	32
AVISO DE TRATAMIENTO JUSTO. . . . .	33
ANEXO A: SERVICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS . . . . .	53
ANEXO B: EXCLUSIONES DE COBERTURA . . . . .	60
ANEXO C: LISTA DE BENEFICIOS . . . . .	62

## 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 HealthyTNBabies (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 por maternidad del Estado se proporciona en virtud del programa CoverKids y se denomina HealthyTNBabies. 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 encarguemos de ciertos servicios administrativos del Plan, como el procesamiento de reclamaciones, los servicios 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](http://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 recetados.
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](http://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](http://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](http://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](http://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**

Las mujeres embarazadas que cumplan con los requisitos del programa HealthyTNBabies y que estén inscritas son elegibles para obtener la Cobertura. 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 HealthyTNBabies, Usted debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad de HealthyTNBabies y:

- a. debe ser ciudadano de los EE. UU., o una persona no ciudadana calificada;
- b. debe vivir en Tennessee;
- c. no debe tener cobertura de ningún otro plan de seguro médico, a menos que dicho plan no proporcione cobertura por maternidad;
- d. debe reunir los requisitos de ingreso familiar; y
- e. debe ser evaluada para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de TennCare o acceder a otra Cobertura patrocinada por el Estado; o
- f. no debe ser dependiente de un empleado del Estado, maestra de enseñanza primaria y secundaria (K-12) ni miembro del personal de asistencia de tiempo completo.

## **INSCRIPCIÓN**

Las mujeres embarazadas 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 finalizar Su Cobertura:

1. el último día del mes posterior a los 60 días después del parto; o si
2. se muda fuera del estado; o si
3. se considera que Usted no es elegible; o si
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 o del precio negociado que BCBST le paga al Plan anfitrión por los servicios cubiertos.

El precio negociado que BCBST le paga al Plan anfitrión por los servicios cubiertos de atención médica 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 internos 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

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.

### A. Reclamaciones

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 por Servicios cubiertos prestados por Proveedores de la red, excepto por los Copagos del Miembro requeridos. 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 exige que Usted pague por esa receta, puede presentar una reclamación ante el Plan para obtener una Decisión sobre la cobertura acerca de si 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:

BCBST 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: CaringStart®

Es el deseo de Su plan de seguro médico ayudarla a tener un embarazo saludable. Nuestro programa de maternidad CaringStart puede ayudarla. Como Miembro de HealthyTNBabies, Usted será inscrita automáticamente en CaringStart. El programa es voluntario y no reemplaza la atención de Su doctor. Nosotros trabajamos con Su doctor para garantizar que Usted reciba los cuidados y servicios de calidad que necesita. CaringStart le proporcionará información importante sobre la atención médica relacionada con su embarazo y exámenes de detección que pueden identificar de forma temprana riesgos para la salud durante Su embarazo. Le proporciona la información que necesita para cuidarse a Usted misma durante su embarazo, como por ejemplo tener una buena alimentación, descansar mucho, hacer ejercicio

de forma razonable y evitar cosas que puedan dañarla a Usted o a Su bebé.

Tendrá fácil acceso telefónico para comunicarse con enfermeros registrados con experiencia en obstetricia que la atenderán como Su consejero personal de salud clínica. Ellos responderán Sus preguntas y la ayudarán a decidir cuándo debe visitar a Su doctor. El consejero personal de salud clínica realizará un seguimiento de Su progreso a lo largo de Su embarazo y le proporcionará apoyo y sugerencias de forma permanente.

Así que tome las medidas necesarias ahora para ayudar a darle a Su bebé el mejor comienzo en su vida. El equipo de CaringStart está disponible para responder sus preguntas y ayudarla a comenzar con el programa. Puede comunicarse con ellos de forma gratuita de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del Este), llamando al **1-888-416-3025**. También puede llamar al **1-888-416-3025** para darse de baja del Programa CaringStart.

### **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](http://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 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

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, o reduce o finaliza un servicio que se ha prestado, o le solicita que pague lo que Usted considera que debería ser un Servicio cubierto, puede presentarnos una Reclamación para obtener una determinación que indique si el Plan cubrirá 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 le solicita al Proveedor que lo exima del pago del costo de los servicios prestados; o (2) hasta que hayamos presentado una Determinación adversa de beneficios final en un asunto que se apela a través del procedimiento de resolución de disputas de Proveedores.
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 ayudan 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) Para 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 la revisión de la solicitud por parte del Comité de revisión de CoverKids/HealthyTNBabies. 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/HealthyTNBabies es el último recurso administrativo disponible para el Miembro.

### **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/HealthyTNBabies 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 la revisión de la solicitud por parte del Comité de revisión de CoverKids/HealthyTNBabies. 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/HealthyTNBabies es el último recurso administrativo 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. **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.
3. **Medicamento de marca:** Medicamento recetado identificado por su marca comercial registrada o nombre del producto proporcionado por su fabricante, etiquetador o distribuidor.
4. **Año calendario o año del Plan:** período que comienza a las 12:01 a. m. el 1 de enero y finaliza a las 12:00 a. m. el 31 de diciembre siguiente.
5. **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.
6. **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.

7. **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.
8. **Proceso de revisión concurrente:** proceso de evaluación de la atención durante el período en el que se prestan los Servicios cubiertos.
9. **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.
10. **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.
11. **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 del Manual para Miembros.

12. **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.
13. **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.
14. **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.
15. **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.
16. **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.
17. **Formulario de inscripción:** un formulario de solicitud, el cual debe ser completado en su totalidad por la mujer embarazada elegible antes de ser considerada para recibir la Cobertura del Plan.
18. **Medicamentos experimentales y/o en investigación:** fármacos o medicamentos que tienen la siguiente etiqueta: “Advertencia: la ley federal solo autoriza su uso en investigaciones”.
19. **Medicamentos genéricos:** Medicamento recetado 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.
20. **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.
21. **Servicios de hospital:** Servicios cubiertos que son Adecuados desde el punto de vista médico y que los proporciona un hospital de cuidados Agudos.
22. **Preso:** persona reclusa 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.
23. **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 (Food and Drug Administration, 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.
24. **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”.
25. **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.
26. **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.



27. **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:
- ser Necesario desde el punto de vista médico;
  - cumplir con los estándares de práctica médica generalmente aceptados para la afección médica del Miembro;
  - ser proporcionado en el lugar más adecuado y al nivel de servicio más adecuado para la afección médica del Miembro;
  - 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;
  - no utilizarse solo para conveniencia del Proveedor, Miembro o familiar del Miembro.
28. **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:
- tener la aprobación final de los organismos regulatorios gubernamentales correspondientes;
  - tener evidencia científica que permita sacar conclusiones sobre el efecto beneficioso del servicio en los resultados relacionados con la salud;
  - mejorar el resultado neto relacionado con la salud;
  - ser tan beneficioso como cualquier alternativa establecida;
  - demostrar la mejora fuera del lugar de investigación; y
  - no ser un servicio experimental ni en investigación.
29. **Medicare:** título XVIII de la Ley de Seguro Social, con sus modificaciones, y Cobertura en virtud de este programa.
30. **Miembro, Usted, Su:** una mujer embarazada elegible inscrita en el programa HealthyTNBabies.
31. **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.
32. **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
33. **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.
34. **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.
35. **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.

36. **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), medicamentos nucleares y otras tecnologías similares.
37. **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.
38. **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.
39. **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.
40. **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.
41. **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.
42. **Profesional:** persona autorizada por el Estado correspondiente para prestar servicios médicos.
43. **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.
44. **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.
45. **Autorización previa, Autorizado:** revisión que llevamos a cabo antes de proporcionar ciertos servicios para determinar si dichos servicios se considerarán Servicios cubiertos.
46. **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.
47. **Límite de cantidad:** límites de cantidad aplicados a ciertos productos de Medicamentos recetados según lo determina el Comité de Farmacia y Terapéutica.
48. **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.

49. **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.
50. **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.

## SUS DERECHOS Y SUS RESPONSABILIDADES

### Sus derechos y sus responsabilidades como Miembro de HealthyTNBabies

#### 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 HealthyTNBabies, sus pólizas, servicios, cuidadores, y los derechos y obligaciones del miembro.
- Solicitar y obtener información sobre cómo HealthyTNBabies 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 a recibir un mal trato de nuestra parte, de los proveedores o de HealthyTNBabies.
- 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 HealthyTNBabies o Su atención. La sección Quejas de este Manual para Miembros le indica cómo hacerlo.
- Hacer sugerencias sobre Sus derechos y responsabilidades o el funcionamiento de HealthyTNBabies.
- 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 HealthyTNBabies que revise nuevamente cualquier error que Usted considere que se está cometiendo respecto de la continuidad de la cobertura de HealthyTNBabies, de la conservación de la cobertura de HealthyTNBabies o de la obtención de Su atención médica.
- Finalizar su cobertura de HealthyTNBabies en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin que la manera en que HealthyTNBabies o sus proveedores la 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,**

**CONSERVELO 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 comunique 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**  
**Phone: (888) 455-3824**  
**Fax: (423) 535-1976**  
**E-mail: [privacy\\_office@bcbst.com](mailto:privacy_office@bcbst.com)**

## SU RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CASOS DE FRAUDE Y ABUSO

La mayoría de los Miembros y Proveedores de HealthyTNBabies son honestos. Sin embargo, unas pocas personas deshonestas pueden perjudicar al programa HealthyTNBabies. La gente que miente a propósito para obtener la cobertura de HealthyTNBabies podría recibir una multa o ir a la cárcel.

**Si descubre algún caso de fraude y abuso en el programa HealthyTNBabies, debe informárnoslo. Aunque no es necesario que Nos diga Su nombre.**

**Algunos casos de fraude y abuso de HealthyTNBabies pueden ser:**

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

Algunos casos de fraude y abuso por parte de proveedores de HealthyTNBabies pueden ser:

- Cobrarle a HealthyTNBabies por servicios que nunca se prestaron.
- Facturarle dos veces a HealthyTNBabies 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**

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

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

También puede informarnos sobre casos de fraude y abuso en línea en [ComplianceHotline@bcbst.com](mailto: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);
كوردی – سۆرانی	(Kurdish- Sorani);
Soomaali	(Somali);
Español	(Spanish);
Người Việt	(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/covertennessee/fair\\_treatment/FairTreatmentComplaintForm\\_English.pdf](http://www.bcbst.com/members/covertennessee/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);
كوردی – 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 a 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 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 need help in another language?

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

Language help is free at (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



**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 need help in another language?

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



## 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

Cover Tennessee Office of Non-Discrimination Compliance

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 (Español);
Người Việt (Vietnamita)

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 Licenciario Independiente de BlueCross BlueShield Association.



# COVER TENNESSEE

## 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/covertennessee/fair\\_treatment/FairTreatmentComplaintForm\\_Spanish.pdf](http://www.bcbst.com/members/covertennessee/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, por qué 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 – سۆزانی (Kurdo- Sorani);

Soomaali (Somalí);

Español (Español);

Người Việt (Vietnamita)

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

Usted puede reportar una queja al:

**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 Licenciatarlo 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 Cumplimiento de Prevención de Discriminación, Programas de Cover Tennessee a la siguiente dirección::

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);
كوردی – سۆزانی (Kurdo- Sorani);
Soomaali (Somali);
Español (Español);
Người Việt (Vietnamita)

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

O:

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 Licenciario 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 1-855-286-9085.

¿Necesita usted ayuda en estos idiomas:

العربية (Árabe);
Bosanski (Bosnio);
كوردی - بادینانی (Kurdo-Badinani);
كوردی - سۆرانی (Kurdo- Sorani);
Soomaali (Somalí);
Español (Español);
Người Việt (Vietnamita)

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.



## 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.**

**Los Servicios cubiertos se limitan a aquellos servicios relacionados con Su embarazo, incluso las complicaciones del embarazo definidas y los Medicamentos recetados.**

**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. Los servicios de partera son elegibles cuando se proporcionan en un centro médico.

##### 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:**

Servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico relacionados con la atención por maternidad anterior y posterior al parto, incluso las complicaciones del embarazo, tras el diagnóstico inicial del embarazo. Los servicios y suministros para afecciones que no sean Su embarazo, incluidas las complicaciones, no están Cubiertos.

### **A. Servicios en el consultorio del Profesional**

Servicios Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para la atención anterior y posterior al parto en el consultorio de un Profesional, incluidas las complicaciones.

1. Con cobertura
  - a. Consultas médicas.
  - b. Exámenes radiográficos y de laboratorio de diagnóstico.
  - c. 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).
  - d. 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.
2. Exclusiones
  - a. Servicios y suministros no relacionados con el embarazo (atención anterior y posterior al parto).

### **B. Servicios de hospital para pacientes internos**

Servicios y suministros Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico para la atención anterior y posterior al parto, incluidas las complicaciones del embarazo, proporcionados en un Hospital que: (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. Se requiere Autorización previa para admisiones en hospital que no sean para partos y estadías en observación.

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.
2. Exclusiones
- a. Servicios y suministros no relacionados con el embarazo (atención anterior y posterior al parto).
  - b. 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.
- C. 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 proporcionen en un Hospital y que estén relacionados con el embarazo (atención anterior y posterior al parto) o las complicaciones del embarazo y que sean 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 y suministros no relacionados con el embarazo (atención anterior y posterior al parto).
- D. 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, servicios y suministros relacionados con el embarazo o con complicaciones del embarazo que sean Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico.
2. Exclusiones
- a. Transporte para Su conveniencia.
  - b. Transporte que no esté relacionado con Su embarazo.
  - c. Servicios proporcionados cuando no es trasladado a un centro médico.
- E. Servicios de centros para pacientes ambulatorios**
- Diagnósticos, tratamientos y cirugías Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico que se realicen en relación con el embarazo o con las complicaciones del embarazo y que se proporcionen 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.

2. Exclusiones
  - a. Servicios y suministros no relacionados con el embarazo (atención anterior y posterior al parto).

**F. Servicios de diagnóstico**

Análisis de laboratorio y servicios de radiología de diagnóstico Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico relacionados con el embarazo o las complicaciones del embarazo.

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 sean Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico o que no estén relacionados con el embarazo o con complicaciones del embarazo.
  - b. Servicios de diagnóstico no solicitados por un Profesional.

**G. 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 la Lista de medicamentos preferidos y el cuadernillo de Farmacias del programa de CoverKids/HealthyTNBabies para obtener la lista de medicamentos recetados cubiertos por Su plan 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 lo especificado por el Comité P&T de nuestro Plan; cualquier Medicamento recetado comprado fuera de los Estados Unidos, excepto aquellos autorizados por Nosotros;

- d. cualquier Medicamento recetado entregado por una Farmacia por Internet no minorista o a través de esta;
- e. suministros o sustancias no médicas, incluidas las prendas de soporte, independientemente de su uso previsto;
- f. cualquier fármaco o medicamento entregado más de un año después de la fecha de la Receta;
- g. 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;
- h. Medicamentos recetados de reemplazo como consecuencia de medicamentos extraviados, derramados, robados o traspapelados (excepto cuando lo exija la ley aplicable);
- i. medicamentos entregados por un Proveedor que no sea una Farmacia;
- j. administración o inyección de cualquier medicamento;
- k. Medicamentos recetados que no figuren en el Recetario de medicamentos;
- l. 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;
- m. 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);
- n. Medicamentos experimentales y/o en investigación;
- l. Medicamentos recetados obtenidos de una Farmacia fuera de la red;
- o. 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.
- p. 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.

### **H. Atención del recién nacido**

Atención pediátrica y de la sala de recién nacidos Adecuada y Necesaria desde el punto de vista médico para un recién nacido a término saludable. Comuníquese con el Controlador de elegibilidad de HealthyTNBabies al 1-866-620-8864 para agregar a su recién nacido a CoverKids o TennCare Medicaid.

1. Con cobertura
  - a. Atención pediátrica de rutina y de la sala de recién nacidos mientras la madre se encuentra hospitalizada.
  - b. Circuncisión.
  - c. Cargos del doctor por consultas de rutina al recién nacido mientras se encuentra hospitalizado y no necesita tratamiento.
2. Exclusiones
  - a. Servicios y suministros no relacionados con la atención de rutina de la sala de recién nacidos.

### **I. Productos de farmacia de especialidad administrados por el proveedor**

Productos farmacéuticos de especialidad Adecuados y Necesarios desde el punto de vista médico relacionados con el tratamiento del embarazo o las complicaciones del embarazo, los cuales son administrados por un Profesional o agencia de atención médica domiciliaria. Consulte el Cuadernillo de medicamentos recetados de CoverKids/HealthyTNBabies en [http://www.bcbst.com/docs/pharmacy/2014\\_CoverKids\\_HealthyTNBabies\\_Drug\\_Book.pdf](http://www.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 CoverKids HealthyTNBabies (incluye la administración por parte de un proveedor calificado).

#### **2. Exclusiones**

Productos de farmacias de especialidad autoadministrados, tal como se los identifica en la Lista de productos de farmacias de especialidad de CoverKids HealthyTNBabies. Los Productos de farmacias de especialidad autoadministrados están cubiertos en la sección del Programa de medicamentos recetados de este Manual para Miembros.

## ANEXO B: EXCLUSIONES DE COBERTURA

HealthyTNBabies 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. 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.
9. Servicios o suministros recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de Su Cobertura de este Plan.
10. Servicios o suministros relacionados con la Internación hospitalaria, recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de Su Cobertura de este Plan.
11. 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.
12. Servicios o suministros recibidos en un departamento dental o médico mantenido por el empleador, asociación de beneficios mutuos, sindicatos o grupos similares.
13. Consultas por teléfono o por 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.
14. 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.
15. Exámenes y tratamiento ordenados por un tribunal, a menos que sean Necesarios desde el punto de vista médico.
16. 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.



17. Cargos que excedan el Cargo máximo permitido de TennCareSelect por los Servicios cubiertos o cualquier cargo que supere los límites de beneficios individuales.
18. Cualquier servicio mencionado en el Anexo A como un Servicio no Cubierto o una limitación.
19. Cargos por servicios prestados por Usted o Su cónyuge, o Su padre, madre, hermana, hermano, hijo o hija, o los de Su cónyuge.
20. Cualquier cargo por tarifas de manipulación.
21. Artículos de seguridad, o artículos para mejorar el rendimiento, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
22. 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 para pacientes internos contra la recomendación del doctor tratante.
23. Servicios o suministros para Atención de mantenimiento.
24. Servicios de enfermería privada que normalmente serían proporcionados por el personal de enfermería, incluida la atención de enfermería privada en un centro médico.
25. Pruebas de farmacogenética.
26. Servicios o suministros para tratar disfunciones sexuales, independientemente de cuál sea la causa, incluidos, entre otros, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y libido disminuida.
27. Servicios o suministros para terapia de mantenimiento con metadona y buprenorfina.
28. Productos de farmacia de especialidad administrados por el proveedor, excepto aquellos específicamente incluidos en el Anexo A, Servicios cubiertos.
29. Servicios por partos planificados en el hogar o en un lugar que no sea un Hospital autorizado o un centro de maternidad.
30. Servicios, suministros y cargos no relacionados con el embarazo o con una complicación del embarazo.
31. 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.
32. 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.
33. Servicios o suministros para esterilizaciones o reversión de la esterilización.
34. 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.

## ANEXO C: LISTA DE BENEFICIOS

### HealthyTNBabies

#### 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.**

<b>Servicios cubiertos</b>	Copago necesario para los servicios cubiertos recibidos de proveedores de la red
<b>Servicios recibidos en el consultorio de un Profesional</b>	
<b>Servicios en consultorio para la atención anterior y posterior al parto (incluidas las complicaciones)</b>	
El Copago se aplica solo en la consulta inicial para el Doctor que interviene en el embarazo y el parto. El Copago se aplicará a todas las otras consultas que no estén relacionadas con las consultas de maternidad de rutina.	
Consultas médicas de un Doctor de atención primaria	Copago de \$5
Consultas médicas de un Especialista	Copago de \$5
Servicios de diagnóstico de rutina.	Sin copago
<b>Servicios recibidos en un centro médico</b>	
<b>Hospitalizaciones</b>	
Se requiere Autorización Previa para admisiones que no sean para partos. 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.	
Cargos del centro médico No se cobra el Copago si la paciente vuelve a ingresar dentro de las 48 horas posteriores a la consulta inicial por el mismo episodio	Copago de \$5 por hospitalización
Cargos de profesionales (incluidas las parteras)	Sin copago

<b>Servicios cubiertos</b>	Copago necesario para los Servicios cubiertos recibidos de Proveedores de la red
<b>Servicios de atención de emergencia en el hospital</b>	
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
<b>Servicios de atención de urgencia</b>	
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
<b>Servicios en centros para pacientes ambulatorios y cirugía para pacientes</b>	
Cargos del centro médico	Copago de \$5
Cargos de profesionales	Sin copago
<b>Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b>	
Servicios de diagnóstico de rutina y que no son de rutina	Sin copago
<b>Otros servicios</b>	
Ambulancia	Sin copago

<b>Servicios cubiertos</b>	Copago necesario para los Servicios cubiertos recibidos de Proveedores de la red	
<b>Servicios recibidos en la Farmacia</b>		
<b>Medicamentos recetados</b>		
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. Algunos Productos de farmacia de especialidad necesitan una Autorización previa. Consulte la Lista de medicamentos de farmacia de especialidad para obtener una lista de productos de farmacia de especialidad que necesitan Autorización previa.		
Genéricos	Copago de \$1	
Medicamentos de marca preferida	Copago de \$3	
Medicamentos de marca no preferida	Copago de \$5	
<b>Medicamentos de farmacia de especialidad</b>	<b>Copago necesario cuando se compran en una farmacia de especialidad</b>	<b>Copago necesario cuando se compran en una farmacia de la red</b>
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
<b>Servicios cubiertos</b>	Copago necesario para los Servicios cubiertos recibidos de Proveedores de la red	
<b>Límites varios</b>		
Pago complementario máximo para todos los servicios	<b>Máximo</b> 5% del ingreso familiar	

## **EN COVERKIDS/HEALTHYTNBABIES 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. Obtenga más información sobre Su derecho al trato justo en la sección “**AVISO SOBRE TRATO JUSTO**” de este Manual para Miembros.





BlueCross BlueShield of Tennessee  
1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402  
[bcbst.com](http://bcbst.com)

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

HTNB-025 (11/15)  
HealthyTNBabies Spanish Member Handbook-Group II

