Plan de Beneficios de Servicio FEP® Blue Focus de Blue Cross® and Blue Shield®

www.fepblue.org

2020

Un plan de pago por servicio (FEP Blue Focus) con una Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Corrección en el folleto para 2020

Tenga en cuenta la siguiente corrección en el folleto:

Página 130: En el cuadro, los montos del deducible para "FEP Blue Focus Usted paga **sin** las Partes A y B de Medicare" son $500 para el solicitante únicamente y $1,000 para la familia.

Plan de Beneficios de Servicio FEP® Blue Focus de Blue Cross® and Blue Shield®

www.fepblue.org

2020

Un plan de pago por servicio (FEP Blue Focus) con una Organización de Proveedor Preferido (PPO)

La cobertura de salud de este Plan califica como cobertura esencial mínima y cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que ofrece. Consulte la página 9 para obtener más detalles. Este Plan está acreditado. Consulte la página 13.

Patrocinado y administrado por: The Blue Cross and Blue Shield Association y por los Planes de Blue Cross and Blue Shield participantes

Quiénes pueden inscribirse en este Plan: todos los empleados federales, empleados tribales y titulares de beneficios que sean elegibles para inscribirse en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits, FEHB)

Códigos de inscripción para este Plan:

131 FEP Blue Focus: solicitante únicamente
133 FEP Blue Focus: solicitante y una persona
132 FEP Blue Focus: solicitante y su familia

IMPORTANTE

- Tarifas: contratapa
- Cambios para 2020: página 15
- Resumen de beneficios: página 141

FEHB
Federal Employees Health Benefits Program

Authorized for distribution by the:
United States Office of Personnel Management
Healthcare and Insurance
http://www.opm.gov/insure

Aviso importante del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield acerca de nuestra cobertura de medicamentos con receta médica y Medicare

La Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management, OPM) ha determinado que se espera, en promedio, que la cobertura de medicamentos con receta médica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield pague el mismo monto que pagará la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare para todos los participantes del plan, y se considera Cobertura Acreditable. Esto significa que no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare y pague de más por la cobertura de beneficio de medicamentos con receta médica. Si decide inscribirse en la Parte D de Medicare más adelante, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía siempre que mantenga su cobertura de FEHB.

Sin embargo, si elige inscribirse en la Parte D de Medicare, puede mantener su cobertura de FEHB y su Plan de FEHB coordinará los beneficios con Medicare. Recuerde: Si es titular de beneficios y cancela su cobertura de FEHB, no podrá reinscribirse en el Programa de FEHB.

Aviso

Si pierde o abandona su cobertura de FEHB y transcurren 63 días o más sin que tenga una cobertura de medicamentos con receta médica que sea equivalente, por lo menos, a la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare, su prima mensual de la Parte D de Medicare aumentará, por lo menos, un 1% mensual por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si transcurrieron 19 meses sin que tuviera cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare, su prima siempre será, por lo menos, un 19% más alta de lo que pagan muchas otras personas. Tendrá que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente "Período de Elección Coordinada Anual" (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirse en la Parte D de Medicare.

Beneficios para personas con bajos ingresos de Medicare

Para personas con ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. La información acerca de este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en línea, en www.socialsecurity.gov, o bien, llamando a la SSA al 800-772-1213, TTY 800-325-0778.

Puede obtener más información acerca de los planes y la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare que se ofrecen en su área en los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), TTY: 877-486-2048.

Índice

Introducción 4
Lenguaje sencillo 4
¡Detenga el fraude de atención médica! 4
La discriminación es ilegal 5
Cómo evitar errores médicos 6
Información sobre FEHB 9
Información de cobertura 9
• No hay limitaciones por afecciones preexistentes 9
• Cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage, MEC) 9
• Estándar de valor mínimo 9
• Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el Programa de FEHB 9
• Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia 9
• Cobertura para los miembros de la familia 10
• Ley de Equidad para los Niños 10
• Cuándo comienzan los beneficios y las primas 11
• Cuando se jubila 11
Cuándo pierde los beneficios 12
• Cuándo termina la cobertura de FEHB 12
• Al divorciarse 12
• Continuación temporal de la cobertura (TCC) 12
• Cómo buscar cobertura de reemplazo 12
• Mercado de seguros médicos 12
Sección 1. Cómo funciona este Plan 13
Características generales de FEP Blue Focus 13
Tenemos una Organización de Proveedor Preferido (PPO) 13
Cómo pagamos a los proveedores profesionales y centros de salud 13
Sus derechos y responsabilidades 14
Sus registros médicos y de reclamos son confidenciales 14
Sección 2. Cambios para 2020 15
Sección 3. Cómo obtener atención 16
Tarjetas de identificación 16
Dónde obtener la atención cubierta 16
• Proveedores profesionales cubiertos 16
• Centros de salud proveedores cubiertos 16
Qué debe hacer para obtener la atención cubierta 18
• Atención de transición 18
• Si está hospitalizado cuando comienza su inscripción 18
Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios 19
• Admisión en el hospital como paciente hospitalizado o admisión en el centro de tratamiento residencial como paciente hospitalizado 19
• Otros servicios 19
• Situaciones especiales de autorización previa en relación con la coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB) 23
• Notificación previa: atención por maternidad 24

- Cómo solicitar una certificación previa para una admisión u obtener aprobación previa para *Otros servicios* 24
- Reclamos de atención médica no urgente 25
- Reclamos de atención de urgencia 25
- Reclamos de atención simultánea 26
- Admisión de emergencia como paciente hospitalizado 26
- Atención por maternidad 26
- Si es necesario extender su estadía en el centro de atención 26
- Si es necesario extender su tratamiento 26

Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio 27
- Para que se reconsidere un reclamo de atención médica no urgente 27
- Para que se reconsidere un reclamo de atención de urgencia 27
- Para presentar una apelación ante la OPM 27
- Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS) 27

Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos 28

Participación en los costos/costos compartidos 28
Copago 28
Deducible 28
Coseguro 28
Si su proveedor habitualmente renuncia a su costo 28
Renuncias 29
Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura 29
¡Aviso importante acerca de los proveedores no participantes! 29
Sus costos por otra atención 30
Su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos para deducibles, coseguro y copagos 30
Transferencia 31
Si le pagamos de más 31
Cuando los centros de salud del gobierno nos emiten facturas 31

Sección 5. Beneficios de FEP Blue Focus 32

Descripción general de FEP Blue Focus 34
Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan 112

Sección 6. Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos 113

Sección 7. Presentación de un reclamo por servicios cubiertos 115

Sección 8. Proceso para desacuerdos sobre reclamos 118

Sección 9. Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura 121

Cuando tiene otra cobertura de salud 121
- TRICARE y CHAMPVA 121
- Compensación del Trabajador 122
- Medicaid 122

Cuando otros organismos del gobierno son responsables de su atención 122
Cuando otras personas son responsables de lesiones sufridas por usted 122
Cuando tiene el Plan de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP) 123
Ensayos clínicos 123
Cuando tiene Medicare 124
- ¿Qué es Medicare? 124
- ¿Debería inscribirme en Medicare? 124

- El Plan Original Medicare (Parte A o Parte B) 125
- Infórmenos sobre su cobertura de Medicare 126
- Contrato privado con su médico 126
- Medicare Advantage (Parte C) 126
- Cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (Parte D) 126
- Cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (Parte B) 126

Si tiene 65 años o más y no tiene Medicare 128

Médicos que renuncian a Medicare 129

Si tiene el Plan Original Medicare (Parte A, Parte B o ambas) 129

Sección 10. Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto 131

Índice 140

Resumen de beneficios del Plan de Beneficios de Salud FEP Blue Focus de Blue Cross and Blue Shield – 2020 141

Información sobre las tarifas para 2020 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield 146

Introducción

Este folleto describe los beneficios del **Plan de Beneficios de Servicio FEP Blue Focus de Blue Cross and Blue Shield** conforme con nuestro contrato (CS 1039) con la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management, OPM) de los EE. UU., según lo autorizado por la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Este Plan es proporcionado por los Planes de Blue Cross and Blue Shield (Planes Locales) participantes que administran este Plan en sus localidades individuales. Para obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente, visite nuestro sitio web, www.fepblue.org, o comuníquese con su Plan Local llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de FEP Blue Focus.

Blue Cross and Blue Shield Association es la Aseguradora del Plan. La dirección de la oficina administrativa del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield es la siguiente:

Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan
1310 G Street, NW, Suite 900
Washington, DC 20005

Este folleto constituye la declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar ni afectar de otro modo los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de este folleto. Es su responsabilidad estar informado acerca de sus beneficios de atención médica.

Si está inscrito en este Plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito en la cobertura para el Solicitante y una persona o Solicitante y su familia, cada miembro de la familia elegible también tiene derecho a estos beneficios. No tiene derecho a recibir los beneficios que estuvieron disponibles antes del 1.º de enero de 2020, a menos que dichos beneficios también se incluyan en este folleto.

La OPM negocia los beneficios y las tarifas con cada plan en forma anual. Los beneficios entran en vigor a partir del 1.º de enero de 2020. Las tarifas figuran en la contratapa de este folleto.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos de FEHB están escritos en lenguaje sencillo para que sean fáciles de comprender. A continuación, se incluyen algunos ejemplos:

- Excepto en el caso de términos técnicos necesarios, usamos palabras comunes. Por ejemplo: "usted" hace referencia a la persona inscrita o al miembro de la familia; "nosotros" hace referencia al Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield.
- Limitamos el uso de acrónimos a los que usted conoce. FEHB es el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. OPM es la Oficina de Administración de Personal de los EE. UU. Si usamos otros acrónimos, le aclararemos su significado.
- Nuestro folleto y los folletos de otros planes de FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarlo a comparar los planes.

¡Detenga el fraude de atención médica!

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos y aumenta su prima del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

La Oficina del Inspector General de la OPM investiga todas las acusaciones de fraude, derroche y abuso en el Programa de FEHB, independientemente de la agencia de la que sea empleado o de la que se haya jubilado.

Protéjase del fraude: a continuación, le brindamos información sobre lo que puede hacer para evitar el fraude:

- No proporcione el número de identificación (ID) de su plan por teléfono ni a personas que no conozca, excepto a su proveedor de atención médica, al plan de beneficios de salud autorizado o al representante de la OPM.
- Solo permita que profesionales médicos adecuados revisen su registro médico o recomienden servicios.
- Evite usar proveedores de atención médica que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturárnoslo para que este se pague.
- Lea detenidamente las declaraciones de explicaciones de beneficios (explanations of benefits, EOB) que le proporcionamos.

- Revise su historial de reclamos periódicamente para verificar que sean precisos y garantizar que no hayamos facturado servicios que nunca recibió.
- No le pida a su médico que ingrese datos falsos en los certificados, las facturas o los registros a fin de que nosotros paguemos un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha cobrado por servicios que no recibió, le ha facturado dos veces el mismo servicio o ha tergiversado alguna información, haga lo siguiente:
  - Llame al proveedor y pídale una explicación. Posiblemente se trate de un error.
  - Si el proveedor no resuelve el problema, llámenos a la Línea directa sobre fraude del Programa de Empleados Federales (Federal Employee Program, FEP) al 800-FEP-8440 (800-337-8440) y explíquenos la situación.
  - Si no resolvemos el problema, haga lo siguiente:

LLAME A LA LÍNEA DIRECTA SOBRE FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA: 877-499-7295

O visite www.opm.gov/our-inspector-general/hotline-to-report-fraud-waste-or-abuse/complaint-form

El formulario en línea es el método deseado para reportar el fraude con el fin de asegurar la precisión y un tiempo de respuesta rápido.

También puede escribir a la siguiente dirección:

United States Office of Personnel Management
Office of the Inspector General Fraud Hotline
1900 E Street NW Room 6400
Washington, DC 20415-1100

- No mantenga como miembro de la familia en su póliza a las siguientes personas:
  - A su excónyuge después de una sentencia de divorcio o de una anulación de carácter definitivo (incluso si una orden judicial estipula lo contrario)
  - A su hijo mayor de 26 años (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento antes de los 26 años)
  - Una aseguradora puede solicitar que un inscripto verifique la elegibilidad de cualquiera o la totalidad de los miembros de su familia que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del inscripto en el Programa de FEHB.
- Si tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad de un dependiente, consulte a su oficina de personal si es empleado, a su oficina de jubilación (como la OPM) si es jubilado o al Centro Nacional de Finanzas si está inscrito en la Continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage, TCC).
- Se prohíben el fraude o las declaraciones falsas intencionales de hechos importantes en virtud del Plan. Puede ser enjuiciado por fraude o su agencia puede iniciar acciones legales en su contra. Algunos ejemplos de fraude son la falsificación de un reclamo para obtener beneficios del Programa de FEHB, el intento de obtención o la obtención de un servicio o una cobertura para usted o para cualquier persona que no sea elegible para recibir cobertura, o la inscripción en el Plan cuando ya no es elegible.
- Si su inscripción continúa después de la fecha en que deja de ser elegible para recibir cobertura (es decir, se ha separado del servicio federal) y no se pagan las primas, será responsable de todos los beneficios pagados durante el período en el que no se pagaron las primas. Es posible que el proveedor le facture los servicios recibidos. Puede ser enjuiciado por fraude por utilizar deliberadamente beneficios del seguro de salud por los que no ha pagado las primas. Es su responsabilidad conocer cuando usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar su cobertura de seguro de salud.

La discriminación es ilegal

El Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables, incluidos tanto el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 como la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Conforme a la Sección 1557, no discriminamos, excluimos ni tratamos de forma diferente a las personas sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo.

Nosotros:

- Proporcionamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles de su Plan Local comunicándose con su Plan Local al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles de su Plan Local. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de su Plan Local está disponible para ayudarlo.

Los miembros pueden presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS), ante la OPM o ante las Aseguradoras del Programa de FEHB. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Administración de Personal por correo a la siguiente dirección:

Office of Personnel Management
Healthcare and Insurance
Federal Employee Insurance Operations
Attention: Assistant Director, FEIO
1900 E Street NW, Suite 3400-S
Washington, D.C. 20415-3610

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por derechos civiles, ingrese en www.fepblue.org/en/rights-and-responsibilities/, o llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Para TTY, marque el 711.

Cómo evitar errores médicos

Los errores médicos siguen siendo una causa importante de muertes evitables en los Estados Unidos. Si bien la muerte es el resultado más trágico, los errores médicos causan muchos otros problemas, como discapacidades permanentes, la extensión de la estadía en el hospital, recuperaciones más largas y tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también incrementan de forma importante el costo general de la atención médica. Los organismos de acreditación están haciendo que los hospitales y los proveedores de atención médica se responsabilicen de la calidad de la atención y de la reducción de los errores médicos. También puede mejorar la calidad y seguridad de su propia atención médica, y la de los miembros de su familia al informarse más y comprender sus riesgos. Tome estas medidas sencillas:

1. Haga preguntas si tiene dudas o inquietudes.

- Haga preguntas y asegúrese de comprender las respuestas.
- Elija a un médico con quien se sienta cómodo para hablar.
- Lleve a un familiar o un amigo para que lo ayuden a tomar notas, hacer preguntas y entender las respuestas.

2. Conserve una lista de todos los medicamentos que toma y llévela con usted.

- Lleve los medicamentos o entréguele a su médico y farmacéutico una lista de todos los medicamentos y las dosis que toma, incluidos los medicamentos sin receta (de venta libre) y los suplementos nutricionales.
- Informe a su médico y farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, alimentos y otras alergias que tenga, como al látex.
- Pregunte acerca de los riesgos o efectos secundarios del medicamento y qué debe evitar mientras lo toma. Asegúrese de tomar nota de lo que su médico o farmacéutico le diga.

- Asegúrese de que su medicamento sea el que le indicó el médico. Pregúntele al farmacéutico sobre su medicamento si tiene un aspecto diferente del que esperaba.
- Lea la etiqueta y el prospecto para el paciente cuando obtenga su medicamento, incluidas todas las advertencias e instrucciones.
- Debe saber cómo usar sus medicamentos. Anote especialmente los horarios y las condiciones en los que debe tomar su medicamento y aquellos en los que no.
- Comuníquese con su médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta.
- Entienda tanto los nombres genéricos como los nombres de marca de sus medicamentos. Esto ayuda a asegurar que no reciba dosis dobles por tomar tanto un genérico como un medicamento de marca. También ayuda a evitar que tome medicamentos a los que es alérgico.

3. Debe obtener los resultados de cualquier prueba o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo obtendrá los resultados de las pruebas o los procedimientos. ¿Será en persona, por teléfono, por correo postal, a través del Plan o del portal del proveedor?
- No asuma que los resultados están bien si no los recibe cuando estaba previsto. Comuníquese con su proveedor de atención médica y pídale sus resultados.
- Pregúntele qué efectos tienen los resultados en su atención.

4. Hable con su médico acerca de qué hospital o clínica es mejor para sus necesidades relacionadas con la salud.

- Pregúntele a su médico qué hospital o clínica brinda la mejor atención y resultados para su afección si puede elegir entre más de un hospital o clínica para obtener la atención médica que necesita.
- Asegúrese de comprender las instrucciones que le den acerca de la atención de seguimiento al abandonar el hospital o la clínica.

5. Asegúrese de comprender qué sucederá si necesita una cirugía.

- Asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén de acuerdo exactamente en lo que se hará durante la operación.
- Pregúntele a su médico: "¿Quién se ocupará de mi atención cuando esté en el hospital?"
- Pregúntele a su cirujano:
  - "¿Qué hará exactamente?"
  - "¿Cuánto tiempo le llevará?"
  - "¿Qué sucederá después de la cirugía?"
  - "¿Cómo debo esperar sentirme durante la recuperación?"
- Infórmeles al cirujano, anestesista y enfermeros si padece alergias, reacciones adversas a la anestesia y si está tomando algún medicamento o suplemento nutricional.

Enlaces de seguridad del paciente

Para obtener más información sobre la seguridad del paciente, visite los siguientes sitios web:

- www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. La Comisión Conjunta (Joint Commission) ayuda a las organizaciones de atención médica a mejorar la calidad y seguridad de la atención que brindan.
- www.ahrq.gov/patients-consumers. La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality) pone a disposición una amplia lista de temas no solo para informar a los consumidores acerca de la seguridad del paciente, sino para ayudar a elegir proveedores de atención médica de calidad y mejorar la calidad de la atención que recibe.
- www.npsf.org. La Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente (National Patient Safety Foundation) tiene información sobre cómo garantizar una atención médica más segura para usted y su familia.
- www.bemedwise.org. El Consejo Nacional de Información y Educación del Paciente (National Council on Patient Information and Education) se dedica a mejorar la comunicación acerca del uso seguro y adecuado de los medicamentos.
- www.leapfroggroup.org. El Leapfrog Group es un grupo que trabaja activamente en la promoción de prácticas seguras en la atención hospitalaria.
- www.ahqa.org. La Asociación Estadounidense para la Calidad de la Salud (American Health Quality Association) representa a organizaciones y a profesionales de atención médica que trabajan para mejorar la seguridad del paciente.

Afecciones prevenibles adquiridas en un entorno de atención médica (“Casos inadmisibles”)

Cuando usted ingresa en el hospital para el tratamiento de un problema médico, no espera salir con lesiones adicionales, infecciones u otras afecciones graves que se produjeron en el transcurso de su estadía. Si bien algunas de estas complicaciones no pueden evitarse, los pacientes sufren lesiones o enfermedades que podrían haberse evitado si los médicos o el hospital hubieran tomado las precauciones adecuadas. Los errores en la atención médica que son claramente identificables, prevenibles y graves en sus consecuencias para los pacientes pueden indicar un problema importante en la seguridad y la credibilidad de una institución de atención médica. Estas afecciones y errores suelen llamarse “casos inadmisibles” o “casos graves declarables”.

Tenemos una política de pago de beneficios que alienta a los hospitales a reducir la posibilidad de afecciones adquiridas en el hospital, como ciertas infecciones, fracturas y escaras graves, y a reducir errores médicos que nunca deberían haber sucedido. Cuando ocurre un evento de este tipo, ni usted ni el Plan de FEHB deberán pagar para corregir el error médico.

No se le facturará por servicios para pacientes hospitalizados cuando la atención se relacione con el tratamiento de afecciones específicas adquiridas en un hospital si utiliza los hospitales preferidos. Esta política ayuda a protegerlo de tener que pagar por el costo del tratamiento de estas afecciones y alienta a los hospitales a mejorar la calidad de la atención que proporcionan.

Información sobre FEHB

Información de cobertura

- **No hay limitaciones por afecciones preexistentes**

  No rechazaremos la cobertura del tratamiento de una afección que padecía antes de inscribirse en este Plan únicamente porque padecía la afección antes de la inscripción.

- **Cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage, MEC)**

  La cobertura en virtud de este Plan califica como una cobertura esencial mínima. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para obtener más información sobre el requisito individual para la MEC.

- **Estándar de valor mínimo**

  Nuestra cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo del 60% establecido por la ACA. Esto significa que brindamos beneficios para cubrir, al menos, el 60% de los costos totales permitidos de los beneficios de salud esenciales. El estándar del 60% es un valor actuarial; sus costos de desembolso directo específicos se determinan según lo explicado en este folleto.

- **Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el Programa de FEHB**

  Visite www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare para obtener información sobre la inscripción, así como:
  - Información acerca del Programa de FEHB y los planes a su disposición
  - Una herramienta de comparación de planes de salud
  - Una lista de agencias que participan en Employee Express
  - Un enlace a Employee Express
  - Información y enlaces a otros sistemas de inscripción electrónica

  Además, su oficina de empleo o jubilación puede responder a sus preguntas y entregarle folletos de otros planes y otros materiales que necesita para tomar una decisión informada sobre su cobertura de FEHB. Estos materiales le informan lo siguiente:
  - Cuándo puede cambiar su inscripción
  - Cómo puede obtener cobertura para los miembros de su familia
  - Qué ocurre si se transfiere a otro organismo federal, toma una licencia sin goce de sueldo, ingresa en el servicio militar o se jubila
  - Qué sucede cuando finaliza su inscripción
  - Cuándo comienza el próximo período de Inscripción Abierta

  Nosotros no decidimos quién es elegible para obtener cobertura y, en la mayoría de los casos, no podemos cambiar su tipo de inscripción sin recibir información de su oficina de empleo o jubilación. Para obtener información sobre sus deducciones de primas, también debe comunicarse con su oficina de empleo o jubilación.

- **Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia**

  La cobertura para el Solicitante únicamente lo cubre a usted. La cobertura del Solicitante y una persona es una inscripción que lo cubre a usted y a otro miembro elegible de la familia. La cobertura para el Solicitante y su familia es para usted y un miembro elegible de su familia, o para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes menores de 26 años, incluido cualquier niño en adopción temporal para los que la oficina de empleo o jubilación autorice la cobertura. En algunas circunstancias, también podrá prorrogar la cobertura para un hijo discapacitado que tenga 26 años o más y no pueda mantenerse por sí solo.

  Si tiene cobertura para el Solicitante únicamente, puede cambiar a la cobertura para el Solicitante y una persona o para el Solicitante y su familia si se casa, tiene un hijo o incorpora un niño a su familia. Puede cambiar su inscripción desde 31 días antes y hasta 60 días después de ocurrido ese hecho. La inscripción para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia comienza el primer día del período de pago en que el niño nace o se convierte en un miembro elegible de la familia. Cuando cambia a Solicitante y una persona o Solicitante y su familia porque se casa, el cambio entra en vigencia el primer día del período de pago que comienza luego de que su oficina de empleo reciba su formulario de inscripción. Ninguno de los beneficios estará disponible hasta que contraiga matrimonio. Una aseguradora puede solicitar que un inscripto verifique la elegibilidad de cualquiera o la totalidad de los miembros de su familia que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del inscripto en el Programa de FEHB.

Su oficina de empleo o jubilación **no** le notificará cuando un miembro de su familia deje de ser elegible para recibir beneficios de salud, y nosotros tampoco lo haremos. Avísenos inmediatamente de los cambios de estado de los miembros de su familia, incluido su matrimonio, divorcio o anulación, o cuando su hijo cumpla los 26 años.

Si usted o un miembro de su familia están inscritos en un Plan de FEHB, usted o esa persona no pueden estar inscritos ni tener cobertura como miembro de la familia de otro inscripto en virtud de otro Plan de FEHB.

Si tiene un evento que califica (qualifying life event, QLE), como matrimonio, divorcio o nacimiento de un hijo, fuera de la Inscripción Abierta de Beneficios Federales, es posible que sea elegible para inscribirse en el Programa de FEHB, cambiar su inscripción o cancelar la cobertura. Para obtener una lista completa de los QLE, visite el sitio web de FEHB en www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesita ayuda, comuníquese con su oficina de empleo, director de Beneficios Tribales, oficina de personal/nóminas u oficina de jubilación.

- **Cobertura para los miembros de la familia**

Los miembros de su familia cubiertos por su cobertura de Solicitante y su familia son su cónyuge (incluido su cónyuge por matrimonio de hecho válido si usted reside en un estado que reconozca los matrimonios de hecho) e hijos según lo descrito en el cuadro que figura a continuación. La cobertura del Solicitante y una persona cubre a usted y a su cónyuge u otro miembro elegible de la familia, como se describe en el cuadro que figura a continuación.

Hijos	Cobertura
Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros	Los hijos naturales, adoptados e hijastros tienen cobertura hasta cumplir los 26 años.
Niños en adopción temporal	Los niños en adopción temporal son elegibles para recibir cobertura hasta cumplir los 26 años si usted proporciona documentación de ser sostén regular y sustancial del menor, y firma una certificación que establezca que el niño en adopción temporal reúne todos los requisitos. Comuníquese con la oficina de Recursos Humanos o el sistema de jubilación para obtener más información.
Hijos incapaces de ganar su propio sustento	Los hijos incapaces de ganar su propio sustento debido a una discapacidad mental o física que comenzó antes de los 26 años son elegibles para prorrogar la cobertura. Comuníquese con la oficina de Recursos Humanos o el sistema de jubilación para obtener más información.
Hijos casados	Los hijos casados (pero NO sus cónyuges ni sus propios hijos) tienen cobertura hasta cumplir los 26 años.
Hijos con seguro de salud proporcionado por el empleador o elegibles para este	Los hijos que son elegibles para recibir o que tienen seguro de salud proporcionado por su propio empleador tienen cobertura hasta cumplir los 26 años.

Los hijos recién nacidos de los hijos con cobertura están asegurados solo para la atención del recién nacido de rutina durante la parte cubierta de la estadía por maternidad de la madre.

Puede encontrar más información en www.opm.gov/healthcare-insurance.

- **Ley de Equidad para los Niños**

La OPM ha implementado la Ley de Equidad para los Niños (Children's Equity Act) del año 2000 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Esta ley exige que esté inscrito en la cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia en el Programa de FEHB si es un empleado sujeto a una orden judicial o administrativa que le exige proporcionar beneficios de salud a sus hijos.

Si esta ley se aplica a su caso, debe inscribirse para obtener cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia en un plan de salud que proporcione beneficios completos en el área donde viven sus hijos, o debe presentar en su oficina de empleo documentación que demuestre que ha obtenido otra cobertura de beneficios de salud para sus hijos. Si no lo hace, su oficina de empleo lo inscribirá sin su autorización como se indica a continuación:

- Si no tiene una cobertura de FEHB, su oficina de empleo lo inscribirá en la cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia, según corresponda, en la opción de plan nacional más económica, según lo determine la OPM.
- Si tiene cobertura para el Solicitante únicamente en un plan de pago por servicio o en una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Management Organization, HMO) que presta servicios en el área donde viven sus hijos, su oficina de empleo cambiará su inscripción a cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia, según corresponda, en la misma opción del mismo plan.
- Si está inscrito en una HMO que no presta servicios en el área donde viven sus hijos, su oficina de empleo cambiará su inscripción a cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia, según corresponda, en la opción de plan nacional más económica, según lo determine la OPM.

Mientras la orden judicial/administrativa esté vigente y tenga, por lo menos, un hijo identificado en la orden que aún sea elegible para el Programa de FEHB, no podrá cancelar su inscripción, cambiar su cobertura a Solicitante únicamente ni cambiarse a un plan que no preste servicios en el área donde viven sus hijos, a menos que presente documentación que demuestre que tiene otra cobertura para sus hijos.

Si la orden judicial/administrativa continúa vigente al momento de jubilarse y tiene, por lo menos, un hijo que aún es elegible para la cobertura de FEHB, deberá continuar con su cobertura de FEHB después de jubilarse (si es elegible) y no podrá cancelar su cobertura, cambiar a Solicitante únicamente ni cambiarse a un plan que no preste servicios en el área donde viven sus hijos mientras la orden judicial/administrativa esté vigente. Del mismo modo, no puede cambiarse a la cobertura del Solicitante y una persona si la orden judicial/administrativa identifica a más de un hijo. Comuníquese con su oficina de empleo para obtener más información.

- **Cuándo comienzan los beneficios y las primas**

Los beneficios que se describen en este folleto entran en vigencia el 1.º de enero. Si se inscribe en este Plan durante la Inscripción Abierta, su cobertura comienza el primer día de su primer período de pago, que empieza el 1.º de enero o después de esa fecha. **Si cambió de plan o de opciones de Plan durante la Inscripción Abierta y recibió atención entre el 1.º de enero y la fecha de vigencia de su cobertura en virtud de su nuevo plan o nueva opción, sus reclamos se pagarán de acuerdo con los beneficios para 2020 de su plan u opción anterior.** Sin embargo, si su plan anterior abandonó el Programa de FEHB al finalizar el año, está cubierto en virtud de los beneficios para 2019 de ese plan hasta la fecha de vigencia de su cobertura con el nuevo plan. Las primas y la cobertura de los titulares de beneficios comienzan el 1.º de enero. Si se inscribe en cualquier otro momento del año, su oficina de empleo le informará la fecha de vigencia de su cobertura.

Si su inscripción continúa después de la fecha en que deja de ser elegible para recibir cobertura (es decir, se ha separado del servicio federal) y no se pagan las primas, será responsable de todos los beneficios pagados durante el período en el que no se pagaron las primas. Es posible que le facturen los servicios recibidos directamente de su proveedor. Puede ser enjuiciado por fraude por utilizar deliberadamente beneficios del seguro de salud por los que no ha pagado las primas. Es su responsabilidad conocer cuando usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar su cobertura de seguro de salud.

- **Cuando se jubila**

Cuando se jubila, a menudo, puede continuar en el Programa de FEHB. Por lo general, debe haber estado inscrito en el Programa de FEHB durante los últimos cinco años de su servicio federal. Si no cumple este requisito, puede ser elegible para recibir otros tipos de cobertura, como Continuación temporal de la cobertura (TCC).

Cuándo pierde los beneficios

- **Cuándo termina la cobertura de FEHB**

  Recibirá 31 días más de cobertura, sin prima adicional, en los siguientes casos:
  - Cuando su inscripción termine, a menos que la cancele.
  - Cuando sea un miembro de la familia que deja de ser elegible para recibir cobertura.

  Toda persona cubierta por la extensión de 31 días de la cobertura, que esté hospitalizada en un hospital u otra institución para recibir atención o tratamiento el día 31 de la extensión temporal, tiene derecho a seguir recibiendo los beneficios del Plan mientras continúe su hospitalización hasta un máximo de 60 días después de la finalización de la extensión temporal de 31 días.

  Puede ser elegible para recibir cobertura de equidad para el cónyuge o asistencia con la inscripción en una póliza de conversión (una póliza individual que no pertenece al Programa de FEHB). El FEP ayuda a los miembros con la Continuación temporal de la cobertura (TCC) y con la búsqueda de una cobertura de reemplazo.

- **Al divorciarse**

  Si se divorcia de un empleado federal o titular de beneficios, no puede continuar recibiendo beneficios en virtud de la inscripción de su excónyuge. Esto ocurre incluso cuando el tribunal le haya ordenado a su excónyuge que le proporcione cobertura de beneficios de salud. Sin embargo, puede ser elegible para obtener su propia cobertura de FEHB a través de la ley de equidad para el cónyuge o la TCC. Si está recién divorciado o anticipando un divorcio, comuníquese con la oficina de empleo o jubilación de su excónyuge para obtener más información acerca de sus opciones de cobertura. También puede visitar el sitio web de la OPM, www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/guides. Una aseguradora puede solicitar que un inscripto verifique la elegibilidad de cualquiera o la totalidad de los miembros de su familia que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del inscripto en el Programa de FEHB.

- **Continuación temporal de la cobertura (TCC)**

  Si deja su servicio federal, empleo tribal o si pierde la cobertura porque ya no califica como miembro de la familia, puede ser elegible para recibir la TCC. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) no eliminó la TCC ni cambió las normas de la TCC. Por ejemplo, puede recibir TCC si no puede continuar inscrito en FEHB cuando se jubila, si pierde su empleo federal, si es un hijo dependiente cubierto y cumple 26 años, independientemente del estado civil, etc.

  No puede elegir la TCC si lo despiden de su empleo federal o empleo tribal debido a una falta profesional grave.

  Inscripción en la TCC. Consiga el RI 79-27, que describe la opción de TCC, en su oficina de empleo o jubilación, o en www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/guides. Allí se explica qué debe hacer para inscribirse.

  Como alternativa, puede comprar cobertura a través del Mercado de seguros médicos donde, dependiendo de su ingreso, puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce sus primas mensuales. Visite www.HealthCare.gov para comparar los planes y consultar cuáles serán sus primas, deducibles y costos de desembolso directo antes de tomar la decisión de inscribirse. Finalmente, si califica para la cobertura de otro plan de salud grupal (como su plan para cónyuge), puede inscribirse en ese plan, siempre y cuando presente su solicitud dentro de los 30 días de haber perdido la cobertura de FEHB.

  También le informamos que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible no descartó la opción de TCC ni cambió las normas de la TCC.

- **Cómo buscar cobertura de reemplazo**

  Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de seguros médicos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, consulte la siguiente sección de este folleto. Lo ayudaremos a buscar una cobertura de reemplazo dentro o fuera del Mercado. Para obtener ayuda, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o visite www.bcbs.com para acceder al sitio web de su Plan Local.

  Nota: Nosotros no determinamos quién es elegible para comprar cobertura de beneficios de salud dentro del Mercado de seguros médicos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Estas normas las establecen las agencias gubernamentales federales, que tienen la responsabilidad de implementar la Ley de Cuidado de Salud Asequible, y el Mercado.

- **Mercado de seguros médicos**

  Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de seguros médicos de la ACA, visite www.HealthCare.gov. Este es un sitio web proporcionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que brinda información actualizada sobre el Mercado.

Sección 1. Cómo funciona este Plan

Este es un plan de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) que ofrece servicios cubiertos a través de proveedores preferidos. Puede elegir sus propios médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica dentro de nuestra red de la Organización de Proveedor Preferido (PPO). Le reembolsamos a usted o a su proveedor los servicios cubiertos, por lo general, sobre la base de un porcentaje del monto que autorizamos. El tipo y el alcance de los servicios cubiertos, y el monto que autorizamos, pueden ser distintos de los de otros planes. Lea detenidamente los folletos.

La OPM exige que algunos planes de FEHB estén acreditados para validar que las operaciones del plan o la administración de la atención médica cumplan con los estándares reconocidos a nivel nacional. Los Planes y proveedores locales que respaldan el Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield cuentan con acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) o de la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (Utilization Review Accreditation Commission, URAC). Para obtener más información sobre las acreditaciones de este Plan, visite los siguientes sitios web:

- Comité Nacional de Garantía de Calidad (www.ncqa.org);
- URAC (www.URAC.org).

Características generales de FEP Blue Focus

Tenemos una Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Nuestro plan de pago por servicio ofrece servicios a través de una PPO. Esto significa que determinados hospitales y otros proveedores de atención médica son "proveedores preferidos". Su Plan Local (o, para farmacias minoristas preferidas, CVS Caremark) es exclusivamente responsable de la selección de los proveedores de la PPO en su área. Comuníquese con su Plan Local para obtener los nombres de los proveedores (preferidos) de la PPO y para verificar que continúen participando. También puede visitar www.fepblue.org/provider/ y utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder^{SM} (Buscador de médicos y hospitales nacionales). Puede acceder a nuestro sitio web a través del sitio web de FEHB, www.opm.gov/healthcare-insurance.

Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

Cómo pagamos a los proveedores profesionales y centros de salud

Pagamos los beneficios cuando recibimos un reclamo por los servicios cubiertos. Cada Plan Local celebra un contrato con hospitales y otros centros de atención médica, médicos y otros profesionales de atención médica en su área de servicio, y es responsable de procesar y pagar los reclamos por los servicios que usted recibe dentro de esa área. Muchos de estos proveedores contratados, pero no todos, están en la red (preferida) de nuestra PPO.

- **Proveedores de la PPO.** Los proveedores (preferidos) de la PPO han acordado aceptar un monto negociado específico como pago total de los servicios cubiertos que se le proporcionan a usted. **Nos referimos a los proveedores profesionales y centros de salud de la PPO como "preferidos".** Por lo general, le facturarán directamente al Plan Local, que luego les pagará directamente a ellos. Usted no presenta un reclamo. Cuando acude a proveedores preferidos, sus costos de desembolso directo se limitan a su copago, deducible o coseguro. Consulte la Sección 3 (página 18) y 5(d), *Servicios de emergencia/accidentes*, para conocer las excepciones a este requisito.

  En las áreas del Plan Local, los proveedores preferidos que nos contratan aceptarán el 100% de la cantidad autorizada por el Plan como pago total para los servicios cubiertos. Como resultado, solo es responsable del deducible, el coseguro o los copagos aplicables para los servicios cubiertos, así como de cualquier cargo para servicios no cubiertos.

- **Proveedores no preferidos.** Este es un contrato exclusivamente de PPO. No hay beneficios para la atención prestada por proveedores no preferidos (participantes/no participantes) o centros de salud no preferidos (miembros/no miembros). Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

- **Programas piloto.** Podemos implementar programas piloto en una o más áreas del Plan Local y en otros países para evaluar la viabilidad y analizar el impacto de diversas iniciativas. Los programas piloto no afectan todas las áreas del Plan. En este folleto, no se publica información sobre programas piloto específicos; se comunica a los miembros y proveedores de la red conforme a nuestro acuerdo con la OPM. Determinados programas piloto pueden incluir beneficios que sean diferentes de los descritos en este folleto.

Sus derechos y responsabilidades

La OPM requiere que todos los planes de FEHB proporcionen cierta información a sus miembros de FEHB. Puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. El sitio web de FEHB de la OPM (www.opm.gov/insure) enumera los tipos específicos de información que debemos poner a su disposición. Parte de la información obligatoria se incluye a continuación.

- Años de existencia
- Estado de ganancias
- Administración de la atención médica, incluida la administración de casos y los programas de control de enfermedades
- Cómo determinamos si los procedimientos son experimentales o de investigación

También tiene derecho a una amplia gama de protecciones para el consumidor y tiene responsabilidades específicas como miembro de este Plan. Puede ver la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestro sitio web www.fepblue.org/en/rights-and-responsibilities.

Por ley, tiene derecho a acceder a su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). Si desea más información respecto del acceso a la PHI, visite nuestro sitio web www.fepblue.org/en/terms-and-privacy/notice-of-privacy-practices/ para obtener nuestro Aviso de prácticas de privacidad. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos por correo postal una copia de dicho Aviso.

Si desea obtener más información sobre nosotros, llámenos o escríbanos. Nuestro número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. También puede visitar nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Sus registros médicos y de reclamos son confidenciales

Mantendremos la confidencialidad de su información médica y de sus reclamos.

Nota: Como parte de nuestra administración de este contrato, podemos divulgar su información médica y de sus reclamos (incluida su utilización de medicamentos con receta médica) a cualquier médico que lo trate o farmacias de despacho de medicamentos. Puede consultar nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información de los miembros en nuestro sitio web www.fepblue.org.

Sección 2. Cambios para 2020

No debe basarse únicamente en estas descripciones de cambios; esta Sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulte la Sección 5 (Beneficios). Además, editamos y aclaramos el lenguaje utilizado en todo el folleto; cualquier cambio en el lenguaje que no figure aquí constituye una aclaración que no cambia los beneficios.

Cambios en nuestro plan FEP Blue Focus

- No hay costo compartido para el miembro para los primeros 10 análisis de laboratorio en cada una de las siguientes categorías de análisis de laboratorio: Paneles metabólicos básicos; pruebas de colesterol; hemogramas completos; perfiles de lipoproteínas en ayuno; paneles de salud general; análisis de orina; y 10 venopunciones. Este beneficio se aplica a los servicios de laboratorio no asociados con atención preventiva, por maternidad o por lesiones accidentales. Antes, después de alcanzar su deducible por año calendario, era responsable del 30% de la cantidad autorizada por el Plan para estos análisis de laboratorio. (Consulte la página 40).
- Ahora proporcionamos un beneficio de telesalud preventiva para orientación nutricional sin costo compartido para el miembro. Anteriormente, no brindábamos beneficios de telesalud. (Consulte las páginas 16, 43, 47, 107 y 138).
- Ahora proporcionamos beneficios para cubrir hasta 4 visitas por año en total para tratar la depresión relacionada con el embarazo (es decir, la depresión durante el embarazo, la depresión posparto o ambas) cuando utiliza proveedores preferidos. Antes, la prueba de detección de depresión perinatal estaba cubierta en virtud del beneficio de salud mental con un costo compartido para el miembro. (Vea las páginas 48, 75 y 88).
- Ahora proporcionamos beneficios de trasplante autólogo de células madre de la sangre o la médula ósea para la esclerodermia, sin necesidad de ensayo clínico. Antes, se requería un ensayo clínico. (Consulte la página 67).
- Ahora proporcionamos beneficios de atención preventiva sin costo compartido para el miembro para la detección de sífilis en las miembros embarazadas. Antes, el examen de detección se habría incluido en el copago de $1,500 por embarazo. (Consulte la página 75).
- Ahora proporcionamos beneficios de atención preventiva sin costo compartido para la miembro para reducir el consumo de alcohol en las miembros embarazadas cuando los factura un centro para pacientes ambulatorios. Antes, estos servicios se aplicaban en el copago de $1,500 por embarazo. (Consulte la página 75).
- Ahora definimos un episodio de atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio como un plan de tratamiento de cuidados paliativos en el domicilio por año calendario. Antes, no había descripción para un episodio de atención. (Consulte la página 82).
- Ahora paga todos los cargos por atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio recibida a través de un proveedor no preferido (centro de salud miembro o no miembro). Antes, no había costo compartido para el miembro. (Consulte la página 82).
- Puede recibir atención continua de cuidados paliativos en el domicilio sin 21 días de atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio entre un episodio y otro. Antes, cada episodio de atención continua de cuidados paliativos en el domicilio tenía que estar separado por al menos 21 días de atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio. (Consulte la página 82).
- No es necesario que esté inscrito en un programa de cuidados paliativos en el domicilio para ser elegible para la primera atención continua de cuidados paliativos en el domicilio. Debe estar inscrito en un programa de cuidados paliativos en el domicilio para recibir beneficios para la subsiguiente atención continua de cuidados paliativos en el domicilio. Antes, tenía que estar inscripto en un programa de cuidados paliativos en el domicilio para ser elegible para la atención continua de cuidados paliativos en el domicilio. (Consulte la página 82).
- Puede recibir cuidados paliativos para pacientes hospitalizados sin 21 días de atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio entre un episodio y otro. Antes, cada episodio de estadía en un centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados tenía que estar separado por al menos 21 días de atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio. (Consulte la página 82).
- Ahora proporcionamos solo beneficios de farmacia para suplementos de vitamina D recetados. Antes, los suplementos de vitamina D estaban disponibles en virtud de los beneficios de atención preventiva para adultos, sin costo compartido para el miembro.
- Ahora limitamos el plazo de presentación puntual de reclamos de farmacia en el extranjero a un año desde la fecha en la que se surte la receta. Antes, tenía que presentar sus reclamos de farmacia en el extranjero antes del 31 de diciembre del año posterior al año en el que recibió el servicio. (Consulte las páginas 110 y 116).
- Hemos agregado a la definición de atención preventiva para adultos que la detección de violencia de la pareja para mujeres en edad reproductiva tiene cobertura en virtud de este beneficio. (Consulte la página 137).

Sección 3. Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación

Le enviaremos una tarjeta de identificación (ID) cuando se inscriba. Debe llevar su tarjeta de identificación con usted en todo momento. La necesitará siempre que reciba servicios de un proveedor cubierto o surta una receta a través de una farmacia minorista preferida. Hasta que reciba su tarjeta de identificación, utilice la copia del Formulario SF-2809 para Elección de Beneficios de Salud, la carta de confirmación de inscripción en el programa de beneficios de salud (para titulares de beneficios) o la carta de confirmación del sistema de inscripción electrónica (como Employee Express). Si no recibe su tarjeta de identificación en el término de 30 días a partir de la fecha de vigencia de su inscripción, o si necesita tarjetas de reemplazo, llame al Plan Local que cubre la zona donde vive para solicitar que lo asistan, o escríbanos directamente a la siguiente dirección: FEP® Enrollment Services, 840 First Street, NE, Washington, DC 20065. También puede solicitar tarjetas de reemplazo a través de nuestro sitio web www.fepblue.org.

Dónde obtener la atención cubierta

Debe utilizar los "proveedores profesionales cubiertos" o los "centros de salud proveedores cubiertos" que sean **proveedores preferidos** de FEP Blue Focus a fin de recibir beneficios. Los beneficios no se encuentran disponibles para la atención brindada por proveedores no preferidos, excepto en situaciones muy limitadas. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito. Consulte la página 13 para obtener más información sobre proveedores preferidos. También puede recibir atención para el tratamiento de afecciones agudas menores (consulte la página 134 para ver la definición), atención dermatológica (consulte la página 39), orientación para trastornos de la conducta y por consumo de sustancias (consulte la página 88) y orientación nutricional (consulte las páginas 43 y 47) usando los servicios de teleconsulta prestados por teléfono llamando al 855-636-1579, TTY: 855-636-1578, o por video/mensajería en línea seguros en www.fepblue.org/telehealth.

- **Proveedores profesionales cubiertos**

Ofrecemos beneficios por los servicios de proveedores profesionales cubiertos, de conformidad con la Sección 2706 (a) de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act). Los proveedores profesionales cubiertos son profesionales de atención médica que proporcionan servicios cubiertos cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia o certificación en virtud de la ley estatal aplicable y proporcionan servicios de atención médica, facturan o reciben dinero por ellos en el curso normal de las actividades comerciales. Los servicios cubiertos deben prestarse en el estado donde el proveedor posee la licencia o certificación. Su Plan Local es responsable de determinar el estado de la licencia y el alcance de la práctica del proveedor. Según figura en la Sección 5, el Plan limita la cobertura de algunos servicios, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica clínica, independientemente del área geográfica.

- Cubrimos cualquier proveedor profesional con licencia que sea preferido por los servicios cubiertos prestados dentro del alcance de dicha licencia.

Los **proveedores profesionales cubiertos** son médicos y otros proveedores de atención médica cuando proporcionan servicios cubiertos *y* cumplen con los requisitos de licencia o certificación aplicables del estado. **Si el estado no posee el requisito de licencia o certificación correspondiente, el proveedor debe cumplir con los requisitos del Plan Local.**

Si tiene preguntas sobre los proveedores cubiertos o desea conocer los nombres de los proveedores (preferidos) de la PPO, comuníquese con el Plan Local, donde se prestarán los servicios.

- **Centros de salud proveedores cubiertos**

Los centros de salud cubiertos preferidos (PPO) incluyen aquellos que figuran a continuación cuando cumplen con los requisitos estatales de licencia o certificación correspondientes.

Hospital: una institución o una parte determinada de una institución con las siguientes características:

1. Dispone principalmente de instalaciones destinadas a servicios de diagnóstico y terapéuticos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención quirúrgicos y médicos de personas lesionadas o enfermas, a cargo de un equipo de médicos (Medicine Doctor, MD) con licencia o médicos osteópatas (Doctor of Osteopathy, DO) con licencia, o supervisados por estos, a cambio de un cargo pagado por sus pacientes como pacientes hospitalizados o ambulatorios.
2. Proporciona servicios profesionales de enfermeros registrados (registered nursing, RN) en forma ininterrumpida durante las 24 horas del día.
3. No es, excepto en forma incidental, un centro de salud para atención prolongada; una residencia con servicios de enfermería; un hogar de reposo; una institución para niños con discapacidades, ancianos, personas drogadictas o alcohólicas; ni como institución de atención de custodia o domiciliaria, cuyo propósito principal sea proporcionar alimentos, refugio, capacitación o servicios personales no médicos.

Nota: Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consideramos las enfermerías universitarias como hospitales no preferidos (miembros/no miembros). Además, podemos, a nuestro criterio, reconocer como hospital no preferido (miembro/no miembro) a cualquier institución situada fuera de los 50 estados y del Distrito de Columbia.

Centro de salud ambulatorio independiente: un centro de salud independiente, como un centro de cirugía ambulatoria, centro independiente de cirugía, centro independiente de diálisis o centro médico independiente ambulatorio, con las siguientes características:

1. Brinda servicios en un ámbito ambulatorio.
2. Cuenta con instalaciones y equipos permanentes destinados principalmente a procedimientos médicos, quirúrgicos o de diálisis renal.
3. Ofrece tratamiento a cargo de médicos o enfermeros, o supervisado por estos, y puede incluir otros servicios profesionales proporcionados en el centro de salud.
4. No es, excepto en forma incidental, un consultorio o una clínica para la práctica privada de un médico u otro profesional.

Nota: Podemos, a nuestro criterio, reconocer como centro de salud ambulatorio independiente a cualquier otro centro de salud similar, como centros de maternidad.

Centros de tratamiento residencial: los centros de tratamiento residencial (Residential Treatment Centers, RTC) están acreditados por una organización reconocida a nivel nacional y autorizados por el estado, distrito o territorio para brindar tratamiento residencial para afecciones médicas, problemas de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. Los centros de atención médica acreditados (excluidos los hospitales, centros de enfermería especializada, hogares de grupo, centros de rehabilitación social y otros tipos de instalaciones similares) brindan evaluación residencial las 24 horas, tratamiento y servicios especializados integrales relacionados con la salud mental, médica o física del individuo, o sus necesidades de terapia por trastorno por consumo de sustancias. Los RTC ofrecen programas para las personas que necesitan servicios de transición de corto plazo diseñados para lograr los resultados previstos que se centran en fomentar la mejora o la estabilidad en la salud funcional, física o mental, y que reconocen la individualidad, las fortalezas y las necesidades de las personas atendidas. Los beneficios están disponibles para los servicios prestados y facturados por los RTC, según lo descrito en las páginas 79 a 80 y 89. Si tiene alguna pregunta con respecto a los tratamientos en un RTC, comuníquese con nosotros al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Atención especializada Blue Distinction®

La atención especializada Blue Distinction, nuestro programa de centros de excelencia, se centra en el tratamiento efectivo para procedimientos especializados, como: cirugía bariátrica, atención cardíaca, reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de columna, trasplantes, atención para el cáncer, inmunoterapia celular (CAR-T), terapia genética, atención de maternidad, y tratamiento y recuperación por consumo de sustancias. Mediante el uso de criterios de evaluación nacionales desarrollados con el aporte de expertos médicos, los centros Blue Distinction Centers ofrecen atención integral a cargo de equipos multidisciplinarios con capacitación en subespecialidades y experiencia clínica distinguida. Los proveedores demuestran atención de calidad, experiencia en el tratamiento y mejores resultados generales para el paciente.

Los beneficios de atención por cirugía bariátrica y trasplante se limitan a los servicios proporcionados en un centro Blue Distinction Center. Para obtener más información, incluida la lista de trasplantes que se deben realizar en un centro Blue Distinction Center, consulte la Sección 5(b), páginas 61 y 65.

Para obtener un listado de centros Blue Distinction Centers, visite https://www.bcbs.com/blue-distinction-center/facility; acceda a nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) a través de www.fepblue.org/provider; o llámenos al teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Otros centros de salud incluidos específicamente en las descripciones de beneficios de la Sección 5(c).

Qué debe hacer para obtener la atención cubierta

Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios, excepto en las situaciones especiales que figuran a continuación. Además, debemos aprobar con anticipación ciertos tipos de atención. Consulte la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para obtener información relacionada sobre los beneficios.

Excepciones:

1. Atención en la sala de emergencias de un hospital por emergencias médicas o lesiones accidentales y transporte en ambulancia relacionado, como se describe en la Sección 5(d), *Servicios de emergencia/accidentes*
2. Atención profesional proporcionada en centros de salud preferidos por radiólogos, anestesistas, enfermeros anestesistas registrados certificados (Certified Registered Nurse Anesthetists, CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y cirujanos asistentes no preferidos
3. Servicios de laboratorio y de patología, radiografías y pruebas de diagnóstico facturados por laboratorios, radiólogos y centros de salud para pacientes ambulatorios no preferidos
4. Servicios de cirujanos asistentes
5. Atención recibida fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.
6. Situaciones especiales de acceso a proveedores, excepto las descritas anteriormente Le recomendamos que se comunique con su Plan Local para obtener más información en estos tipos de situaciones antes de recibir los servicios de un proveedor no preferido.

A menos que se indique lo contrario en la Sección 5, cuando los servicios están cubiertos como una excepción para la atención de proveedores no preferidos, usted es el responsable del coseguro o el copago aplicables y también puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.

- **Atención de transición**

Atención especializada: si padece una afección crónica o incapacitante y

- deja de tener acceso a su especialista porque dejamos de pertenecer al Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) y se inscribe en otro Plan de FEHB; o
- deja de tener acceso a su especialista preferido porque rescindimos nuestro contrato con su especialista sin causa justificada;

es posible que pueda continuar visitando a su especialista y recibiendo cualquier tipo de beneficios preferidos hasta 90 días después de recibir la notificación del cambio. Comuníquese con nosotros o, si dejamos de pertenecer al Programa, comuníquese con su nuevo plan.

Si está en el segundo o tercer trimestre de embarazo y deja de tener acceso a su especialista por las circunstancias mencionadas anteriormente, puede continuar visitando a su especialista y los beneficios preferidos continuarán hasta que finalice su atención de posparto, aunque esta supere los 90 días.

- **Si está hospitalizado cuando comienza su inscripción**

Pagamos por los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de su inscripción. Sin embargo, si está en el hospital cuando comienza su inscripción en el Plan, llámenos de inmediato. Si aún no ha recibido su tarjeta de identificación, puede comunicarse con su Plan Local al número de teléfono que figura en su directorio telefónico local. Si ya tiene su nueva tarjeta de identificación, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si es nuevo en el Programa de FEHB, le reembolsaremos los servicios cubiertos de su estadía en el hospital desde la fecha de vigencia de su cobertura.

Sin embargo, si se cambió de otro Plan de FEHB al nuestro, su plan anterior pagará los gastos de su estadía en el hospital hasta una de las siguientes fechas:

- el día de alta y no simplemente hasta que lo trasladen a un centro de atención alternativa;
- el día en que finalicen los beneficios de su plan anterior; o
- el 92.º día a partir de la fecha en que se convierta en miembro de este Plan, lo que ocurra primero.

Estas disposiciones solo se aplican a los beneficios de la persona hospitalizada. Si su plan cancela total o parcialmente la participación en el FEHB, o si la OPM decreta un cambio en la inscripción, esta disposición de continuación de cobertura no se aplicará. En dichos casos, los beneficios del familiar hospitalizado en virtud del nuevo plan comienzan en la fecha de vigencia de la inscripción.

Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios

Los procesos de aprobación de reclamos previos al servicio para admisiones en el hospital como paciente hospitalizado (denominados "certificación previa") y para otros servicios (denominados "aprobación previa") se detallan en esta sección. Un **reclamo previo al servicio** es cualquier reclamo, total o parcial, que requiere nuestra aprobación antes de que usted reciba atención o servicios médicos. En otras palabras, un reclamo de beneficios previo al servicio puede requerir una certificación previa y una aprobación previa. Si no obtiene una certificación previa o una aprobación previa, según corresponda, puede producirse una reducción o denegación de los beneficios. Lea toda la información sobre la certificación previa y la aprobación previa a continuación y en las páginas 20 a 22.

- **Admisión en el hospital como paciente hospitalizado o admisión en el centro de tratamiento residencial como paciente hospitalizado**

La **certificación previa** es el proceso mediante el cual, antes de su admisión como paciente hospitalizado, evaluamos la necesidad médica de su estadía propuesta, los procedimientos/servicios que se realizarán/prestarán, la cantidad de días necesarios para tratar su afección y cualquier criterio de beneficios aplicables. A menos que la información que nos brinde no sea clara, no cambiaremos nuestra decisión acerca de la necesidad médica.

En la mayoría de los casos, su médico u hospital se ocupará de solicitar la certificación previa. Dado que sigue siendo responsable de garantizar que se obtenga la certificación previa respecto de la atención que recibirá, siempre debe preguntarle a su médico, hospital o centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados si se han comunicado con nosotros y si han brindado toda la información necesaria. También puede comunicarse con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para consultar si hemos recibido la solicitud de certificación previa. También debe inscribirse en la administración de casos y trabajar con su administrador de casos si su atención conlleva tratamiento residencial. Para obtener información sobre la certificación previa de una admisión de emergencia en el hospital como paciente hospitalizado, consulte la página 26.

Nota: Se aplican normas especiales cuando Medicare u otro pagador es el pagador primario; consulte las tablas de las páginas 23 y 24.

Advertencia: Reduciremos nuestros beneficios para la estadía en un hospital como paciente hospitalizado en $500, incluso si ha obtenido aprobación previa para el servicio o procedimiento realizado durante la estadía, si nadie se comunica con nosotros para la certificación previa. Si la estadía en el hospital no es médicamente necesaria, no proporcionaremos beneficios de habitación ni comida, ni atención médica para pacientes hospitalizados; pagaremos únicamente los servicios y suministros médicos cubiertos que de otra manera son pagaderos para pacientes ambulatorios.

Nota: Si no se obtuvo la certificación previa antes de la admisión, los beneficios para pacientes hospitalizados (como habitación y comida) no están disponibles para la atención de pacientes hospitalizados en un centro de tratamiento residencial. Solo pagaremos los servicios y suministros médicos cubiertos que de otra manera son pagaderos para pacientes ambulatorios.

Excepciones: No necesita certificación previa en los siguientes casos:

Lo ingresan en un hospital fuera de los Estados Unidos, con la excepción de admisiones para una cirugía de reasignación de género y admisiones en centros de tratamiento residencial.

Nota: Se aplican normas especiales cuando Medicare u otro pagador es el pagador primario; consulte las tablas de las páginas 23 y 24.

- **Otros servicios**

Debe obtener una aprobación previa para estos servicios. El incumplimiento de la obtención de una aprobación previa dará como resultado una multa de $100. La certificación previa también se necesita si el servicio o procedimiento requiere una admisión en el hospital como paciente hospitalizado. Sin embargo, se aplican normas especiales cuando Medicare u otro pagador es el pagador primario; consulte las tablas de las páginas 23 y 24. Si se necesita una admisión como paciente hospitalizado, también se requiere la certificación previa. Comuníquese con nosotros al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación antes de recibir estos tipos de servicios y nosotros solicitaremos la evidencia médica necesaria para la determinación de la cobertura:

- **Terapia genética e inmunoterapia celular,** incluida la terapia de linfocitos T con receptor de antígeno quimérico (Chimeric Antigen Receptor, CAR) y la terapia de receptor de linfocitos T.
- **Transporte en ambulancia aérea (que no sea de emergencia):** el transporte en ambulancia aérea relacionado con la atención inmediata de una emergencia médica o lesión accidental no requiere aprobación previa; consulte la Sección 5(c), página 83, para obtener más información.
- **Análisis conductual aplicado (ABA):** es necesaria una aprobación previa del análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA) y los servicios relacionados, lo que incluye evaluaciones, valoraciones y tratamientos.

- **Prueba genética, incluido lo siguiente:**
  - Prueba de detección o prueba de diagnóstico para BRCA;
  - Prueba de detección o prueba de diagnóstico para grandes reordenamientos genómicos de los genes BRCA1 y BRCA2;
  - Pruebas genéticas para el diagnóstico o el manejo de una afección médica existente.

  Nota: La evidencia médica necesaria para las pruebas genéticas relacionadas para el BRCA incluye los resultados de la orientación genética.
- **Servicios quirúrgicos:** los servicios quirúrgicos de la siguiente lista requieren aprobación previa y, cuando la atención se proporciona en un entorno de atención para pacientes hospitalizados, se requiere certificación previa para la estadía en el hospital.
  - Procedimientos para tratar la obesidad mórbida (consulte las páginas 61 y 62)

    Nota: Los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, realizado como paciente hospitalizado o ambulatorio, están sujetos a los requisitos prequirúrgicos que se enumeran en la página 62. Los beneficios se encuentran disponibles únicamente para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida cuando se proporciona en un centro Blue Distinction Specialty Care Center for Bariatric Surgery (pérdida de peso).

    Nota: Consulte la tabla de las páginas 23 y 24 para conocer las situaciones especiales cuando otro pagador es el pagador primario.
  - Reducción o aumento de las mamas no relacionados con el tratamiento oncológico.
  - Cirugía de reasignación de género: antes del tratamiento quirúrgico de la disforia de género, su proveedor debe enviar un plan de tratamiento que incluya todas las cirugías planificadas y la fecha estimada en la que se realizará cada una. Debe obtenerse una nueva aprobación previa si el plan de tratamiento se aprueba y su proveedor posteriormente modifica el plan.

    Nota: Consulte la tabla de las páginas 23 y 24 para conocer las situaciones especiales cuando otro pagador es el pagador primario.
  - Corrección quirúrgica ambulatoria de anomalías congénitas (consulte la definición en la página 132)
  - Cirugías maxilofaciales orales/cirugía de la mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, y procedimientos relacionados
  - Procedimientos quirúrgicos ortognáticos, injertos óseos, osteotomías y administración quirúrgica de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ)
  - Procedimientos ortopédicos: cadera, rodilla, tobillo, columna, hombro y todos los procedimientos ortopédicos mediante la navegación quirúrgica musculoesquelética asistida por computadora
  - Cirugía reconstructiva para afecciones que no sean cáncer de mama
  - Rinoplastía
  - Septoplastía
  - Tratamiento de venas varicosas
- **Terapia de radiación de intensidad modulada (IMRT) para pacientes ambulatorios:** se requiere aprobación previa para todos los servicios de terapia de radiación de intensidad modulada (Intensity-Modulated Radiation Therapy, IMRT) para pacientes ambulatorios, salvo las IMRT relacionadas con el tratamiento del cáncer de cabeza, cuello, mama, próstata o anal. El cáncer de cerebro no se considera una forma de cáncer de cabeza o cuello; por lo tanto, se requiere aprobación previa para el tratamiento con IMRT del cáncer de cerebro.
- **Cuidados paliativos:** se requiere aprobación previa para cuidados paliativos en el domicilio, atención continua de cuidados paliativos en el domicilio o servicios de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Le indicaremos cuáles son los centros de cuidados paliativos en el domicilio que hemos aprobado. Consulte la página 81 para obtener información sobre la excepción a este requisito.
- **Rehabilitación cardíaca**
- **Implantes cocleares**
- **Atención en un centro de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios** para cualquier afección.

Nota: Consulte la tabla de las páginas 23 y 24 para conocer las situaciones especiales cuando otro pagador es el pagador primario.

- **Dispositivos protésicos (externos),** incluidos los siguientes: prótesis de un miembro controlada por microprocesador; prótesis operada electrónica y externamente.
- **Rehabilitación pulmonar**
- **Radiología, alta tecnología,** incluido lo siguiente:
  - Estudios de resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI)
  - Tomografía computarizada (computed tomography, CT)
  - Tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
    Nota: La radiología de alta tecnología relacionada con la atención inmediata de una emergencia médica o lesión accidental no requiere aprobación previa.
- **Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) de especialidad:** el alquiler o la compra incluye lo siguiente:
  - Camas de hospital especializadas
  - Sillas de ruedas de lujo, sillas de ruedas eléctricas y dispositivos de movilidad y suministros relacionados
- **Trasplantes:** se requiere aprobación previa para todos los trasplantes, excepto para trasplantes de córnea y riñón. **Se requiere aprobación previa para** el procedimiento y, si los beneficios lo exigen, para el programa de trasplante; se requiere certificación previa para la atención de pacientes hospitalizados.
- **Los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea** que se detallan en las páginas 66 a 68 deben realizarse en un programa de trasplante designado como un centro Blue Distinction Center for Transplants. Consulte la página 17 para obtener más información sobre estos tipos de programas.
  No todos los programas de trasplante brindan servicios de trasplante para cada tipo de procedimiento de trasplante o afección indicados, ni están designados o acreditados para cada trasplante cubierto. No se proporcionan beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto, a menos que el programa de trasplante esté designado específicamente como un centro Blue Distinction Center for Transplants para dicho procedimiento. Antes de programar un trasplante, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación a fin de obtener ayuda para localizar un centro de salud elegible y solicitar aprobación previa para los servicios de trasplante.
- **Ensayos clínicos para determinados trasplantes** de células madre de la sangre o la médula ósea: consulte las páginas 67 y 68 para obtener la **lista de afecciones cubiertas únicamente en ensayos clínicos**.
  - Llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información o solicitar aprobación previa antes de obtener los servicios. Le pediremos la documentación médica que necesitamos para autorizar la cobertura.

  Aunque podamos indicar que los beneficios están disponibles para un tipo específico de ensayo clínico, es posible que usted no sea elegible para ser incorporado en estos ensayos o que no existan ensayos disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants para tratar su afección. Si el médico le ha recomendado que reciba un trasplante o que participe en un ensayo clínico de trasplantes, le recomendamos que se comunique con el Departamento de Administración de Casos de su Plan Local.

  Nota: A los fines de los ensayos clínicos para trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos conforme a este Plan, un ensayo clínico es un estudio de investigación cuyo protocolo ha sido revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro Blue Distinction Center for Transplants donde se llevará a cabo el procedimiento.
- **Trasplantes de órganos/tejidos**
  Los beneficios para determinados trasplantes se limitan a los centros o programas de trasplante designados.

  Los trasplantes que se detallan en la página 68 deben realizarse en un programa de trasplante designado como un centro Blue Distinction Center for Transplants.

Los trasplantes de órganos que se detallan en la página 69 no se encuentran disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants y deben realizarse en un centro de salud preferido con un programa de trasplante aprobado por Medicare, si hubiera uno disponible.

Los trasplantes que incluyen más de un órgano se deben realizar en un centro de salud que ofrezca un programa de trasplante aprobado por Medicare para cada órgano trasplantado. Comuníquese con su Plan Local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare.

Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un cierto tipo de procedimiento de trasplante de órgano, este requisito no se aplica, y usted puede utilizar cualquier centro de salud preferido y proveedor preferido cubierto que realice el procedimiento.
Llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación antes de obtener los servicios. Le pediremos la documentación médica que necesitamos para autorizar la cobertura. Revisaremos si reúne los criterios del centro de salud y del programa de trasplante para el trasplante en particular.

Antes de obtener un servicio, todos los miembros (incluidos aquellos que tienen como pagador primario a la Parte A de Medicare u otra póliza de seguro de salud grupal) deben llamarnos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

- **Viaje para un trasplante:** si viaja a un centro Blue Distinction Center for Transplants, le reembolsamos hasta $5,000 por trasplante por los costos de transporte (avión, tren, autobús o taxi) y alojamiento (para usted y sus acompañantes) si vive a 50 millas o más del centro de salud.
- **Suministros y medicamentos con receta médica:** algunos suministros y medicamentos con receta médica, incluidos los alimentos medicinales administrados por vía oral (consulte las páginas 96 y 133), requieren aprobación previa. Comuníquese con CVS Caremark, nuestro administrador del Programa de Farmacias, al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, para solicitar aprobación previa u obtener una lista de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Le pediremos la información que necesitamos para autorizar la cobertura. Para determinados medicamentos, debe renovar la aprobación previa periódicamente. Consulte la página 94 para obtener más información acerca del programa de aprobación previa para medicamentos con receta médica, que es parte de nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (Patient Safety and Quality Monitoring, PSQM).

  Notas:

  - Las listas de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa se actualizan periódicamente durante el año. Pueden agregarse medicamentos y suministros nuevos a la lista y pueden cambiar los criterios de aprobación previa. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.
  - Hasta que los aprobemos, debe pagar el monto total de estos medicamentos cuando los compre, incluso si los compra en una farmacia minorista preferida o a través de nuestra farmacia de medicamentos de especialidad, y debe enviarnos los gastos en un formulario de reclamo. Las farmacias preferidas no presentarán estos reclamos en su nombre.
  - El Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad no surtirá su receta hasta que haya obtenido la aprobación previa. AllianceRx Walgreens Prime, el administrador del programa, conservará su receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, se le devolverá la receta junto con una carta que explique los procedimientos para obtener la aprobación previa.

Advertencia: Si nadie se comunica con nosotros para obtener una aprobación previa, reduciremos nuestros beneficios en $100 para los servicios médicamente necesarios que requieran aprobación previa. Si el servicio no es médicamente necesario, no brindaremos ningún beneficio. Esta reducción del beneficio no se aplica a los medicamentos con receta médica que exigen aprobación previa; consulte la sección anterior.

- **Situaciones especiales de autorización previa en relación con la coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB)**

En la tabla que figura a continuación, se presentan las situaciones especiales respecto de la aprobación previa y la certificación previa cuando Medicare es el pagador primario.

Tipo de servicio	Pagador primario	Certificación previa	Aprobación previa
Admisión en el hospital como paciente hospitalizado	Parte A de Medicare	No	No corresponde
Beneficios hospitalarios de Medicare agotados y no desea utilizar sus días de reserva de por vida de Medicare	Beneficios de la Parte A de Medicare no proporcionados	Sí	No corresponde
Cirugía de reasignación de género cuando se realiza durante una admisión como paciente hospitalizado	Parte A de Medicare	Sí	Sí
Cirugía de reasignación de género en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Parte B de Medicare	No corresponde	Sí
Cirugía por obesidad mórbida cuando se realiza durante una admisión como paciente hospitalizado	Parte A de Medicare	No	Sí
Cirugía por obesidad mórbida en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Parte B de Medicare	No corresponde	Sí
Admisión en un centro de tratamiento residencial: paciente hospitalizado	Parte A de Medicare	Sí	No corresponde
Centro de tratamiento residencial: atención para pacientes ambulatorios	Parte B de Medicare	No corresponde	Sí

- **Situaciones especiales de autorización previa en relación con la coordinación de beneficios (COB) (continuación)**

En la tabla que figura a continuación, se presentan las situaciones especiales respecto de la aprobación previa y certificación previa cuando otro seguro de atención médica es el pagador primario.

Tipo de servicio	Pagador primario	Certificación previa	Aprobación previa
Admisión en el hospital como paciente hospitalizado	Otros seguros de atención médica	No	No corresponde
Cirugía de reasignación de género cuando se realiza durante una admisión como paciente hospitalizado	Otros seguros de atención médica	Sí	Sí
Cirugía de reasignación de género en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Otros seguros de atención médica	No corresponde	Sí
Cirugía por obesidad mórbida cuando se realiza durante una admisión como paciente hospitalizado	Otros seguros de atención médica	No	Sí
Cirugía por obesidad mórbida en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Otros seguros de atención médica	No corresponde	Sí
Admisión en un centro de tratamiento residencial: paciente hospitalizado	Otros seguros de atención médica	Sí	No corresponde
Centro de tratamiento residencial: atención para pacientes ambulatorios	Otros seguros de atención médica	No corresponde	Sí

- **Notificación previa: atención por maternidad**

Le recomendamos que nos notifique sobre su embarazo durante el primer trimestre. Comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y brinde la siguiente información:

- Nombre del inscripto y número de identificación del Plan
- Fecha prevista de parto
- Fecha de la primera consulta prenatal
- Nombre y número de teléfono del proveedor (es decir, médico, enfermero profesional, enfermero obstétrico) que le brinda atención prenatal, durante el parto y posparto
- Nombre y ubicación del lugar donde planea dar a luz (es decir, hospital, centro de parto, su hogar)
- Si planea dar a luz en un hospital, el tipo de parto y la cantidad prevista de días que estará en el hospital

Le informaremos si necesitamos cualquier otra información.

- **Cómo solicitar una certificación previa para una admisión u obtener aprobación previa para *Otros servicios***

Usted, su representante, médico, hospital, centro de tratamiento residencial u otro centro de hospitalización cubierto deben llamarnos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación en cualquier momento antes de la admisión o antes de recibir servicios que requieren aprobación previa para brindar la siguiente información:

- Nombre del inscripto y número de identificación del Plan
- Nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono del paciente
- Motivo de la admisión como paciente hospitalizado, tratamiento propuesto o cirugía
- Nombre y número de teléfono del médico que firma la orden de admisión
- Nombre del hospital o centro de salud

- Cantidad de días requeridos para la estadía en el hospital
- Cualquier otra información que podamos necesitar sobre los servicios que se prestarán
- Si la admisión es en un centro de tratamiento residencial (RTC), un plan de tratamiento preliminar y un plan de alta acordado entre el miembro, proveedor y administrador del caso del Plan Local y el RTC
  Nota: Debe inscribirse y participar en la administración de casos con su Plan Local antes, durante y después de una estadía como paciente hospitalizado en un RTC. Consulte las páginas 79-80 y 89 para obtener información adicional.

Nota: Si aprobamos la solicitud de aprobación previa o certificación previa, se suministrará un aviso que identifique los servicios aprobados y el período de autorización. Debe comunicarse con nosotros para solicitar una nueva aprobación cinco (5) días hábiles antes de un cambio en la solicitud original aprobada y para solicitar una ampliación más allá del período de autorización aprobado en el aviso que recibió. Le diremos qué información necesitamos para revisar la solicitud de cambio o ampliación.

- **Reclamos de atención médica no urgente**

Para reclamos de atención médica no urgente (incluidos los reclamos de atención simultánea no urgente), les informaremos al médico u hospital la cantidad de días de hospitalización aprobados o la atención médica que aprobamos para *Otros servicios* que deben tener aprobación previa. Le notificaremos nuestra decisión en el término de 15 días posteriores a la recepción del reclamo previo al servicio.

Si por motivos ajenos a nosotros requerimos una extensión, podemos demorarnos hasta 15 días adicionales para la revisión y le notificaremos la necesidad de una extensión antes de que finalice el período de **15 días** original. Nuestra notificación incluirá las circunstancias subyacentes a la solicitud de la extensión y la fecha en la que esperamos tener la decisión.

Si necesitamos una extensión porque no hemos recibido la información necesaria de su parte, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le concederemos hasta 60 días a partir de la fecha de recepción de la notificación para proporcionar la información.

- **Reclamos de atención de urgencia**

Si tiene un **reclamo de atención de urgencia** (es decir, en la que la espera de su atención o tratamiento médicos ponga en grave peligro su vida, salud o posibilidad de recuperar sus funciones por completo, o que, según la opinión de un médico que conozca su afección médica, lo sometería a un dolor agudo que no pueda controlarse adecuadamente sin esta atención o este tratamiento), aceleraremos nuestra revisión del reclamo y le notificaremos nuestra decisión en el término de 72 horas, siempre y cuando recibamos información suficiente para completar la revisión. (Para presentar reclamos de atención médica simultánea que también son reclamos de atención de urgencia, consulte la sección *Si es necesario extender su tratamiento* en la página 26). Si solicita que revisemos su reclamo como un reclamo de atención de urgencia, revisaremos el documento que proporcione y decidiremos si es un reclamo de atención de urgencia o no mediante la aplicación del criterio de una persona prudente sin formación profesional que tenga nociones comunes sobre salud y medicina.

Si no proporciona información suficiente, nos comunicaremos con usted en el plazo de 24 horas después de que recibamos el reclamo para notificarle la información específica que necesitamos para completar nuestra revisión del reclamo. A partir de entonces, tendrá hasta 48 horas para brindar la información necesaria. Tomaremos nuestra decisión sobre el reclamo en el término de 48 horas (1) desde el momento en el que recibamos la información adicional o (2) cuando termine el plazo, lo que ocurra primero.

Podemos informarle nuestra decisión de forma oral dentro de estos plazos, pero reiteraremos la decisión por escrito o en forma electrónica en el término de tres días a partir de la fecha de la notificación oral.

Puede solicitar que su reclamo de atención de urgencia en apelación sea revisado en forma simultánea por nosotros y la OPM. Comuníquenos que desea obtener una revisión simultánea de su reclamo de atención de urgencia de la OPM, ya sea por escrito en el momento en que apela nuestra decisión inicial o por teléfono al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También puede llamarnos al FEHB 1 de la OPM al (202) 606-0727 de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Este (excepto los feriados), y pedir la revisión simultánea. Colaboraremos con la OPM para que puedan revisar rápidamente su reclamo en apelación. Además, si no indicó que su reclamo era un reclamo de atención de urgencia, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si se determina que su reclamo es un reclamo de atención de urgencia, aceleraremos nuestra revisión (si todavía no hemos respondido a su reclamo).

- **Reclamos de atención simultánea**

  Un reclamo de atención simultánea abarca la atención proporcionada durante un período o durante una cantidad de tratamientos. Trataremos cualquier reducción o terminación de nuestro tratamiento preaprobado antes de que finalice el período aprobado o la cantidad de tratamientos como una decisión apelable. Esto no incluye la reducción ni la terminación debido a los cambios de beneficios o si su inscripción finaliza. Si consideramos que se justifica una reducción o terminación, le concederemos el tiempo suficiente para apelar y obtener nuestra decisión antes de que se lleve a cabo la reducción o terminación.

  Si solicita una extensión de un tratamiento en curso, al menos, 24 horas antes del vencimiento del período aprobado y esta también es un reclamo de atención de urgencia, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos la solicitud.

- **Admisión de emergencia como paciente hospitalizado**

  Si tiene una admisión de emergencia debido a una afección que considera razonablemente que pone en peligro su vida o que podría causarle un daño grave a su organismo, usted, su representante, el médico o el hospital deben llamarnos por teléfono en el término de dos días hábiles a partir de la admisión de emergencia, aunque ya haya sido dado de alta del hospital. Si no nos llama en el término de dos días hábiles, es posible que se aplique una multa de $500 (consulte la *Advertencia* en *Admisiones en el hospital como paciente hospitalizado* anteriormente mencionada en esta sección y *Si es necesario extender su estadía en el centro de atención* a continuación en esta página).

  Las admisiones en centros de tratamiento residencial no califican como emergencias.

- **Atención por maternidad**

  Le recomendamos que nos notifique sobre su embarazo durante el primer trimestre. No necesita certificación previa para admisión por maternidad en caso de un parto simple. Sin embargo, si su afección médica requiere que permanezca hospitalizada más de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea, su médico o el hospital deberán comunicarse con nosotros para obtener certificación previa para los días adicionales. Además, si su bebé recién nacido permanece en el hospital después de que reciba el alta, su médico o el hospital deberán comunicarse con nosotros para solicitar la certificación previa por los días adicionales de su bebé recién nacido.

  Nota: Cuando un recién nacido necesita tratamiento definitivo durante la hospitalización de la madre o después de esta, el recién nacido se considera un paciente con derecho propio. Si el recién nacido es elegible para recibir cobertura, se aplican los beneficios médicos o quirúrgicos regulares en lugar de los beneficios de maternidad.

- **Si es necesario extender su estadía en el centro de atención**

  Si es necesario extender su estadía en el **hospital**, incluida la atención por maternidad, usted, su representante, su médico o el hospital deben solicitarnos aprobación para los días adicionales. Si permanece en el hospital una cantidad de días superior a la que aprobamos y no obtiene certificación previa para los días adicionales, entonces:
  - por la parte de la admisión que era médicamente necesaria, pagaremos los beneficios para pacientes hospitalizados; pero
  - por la parte de la admisión que no era médicamente necesaria, pagaremos únicamente los suministros y servicios médicos que son pagaderos para pacientes ambulatorios y no pagaremos los beneficios para pacientes hospitalizados.

  Si necesita extender su estadía en un **centro de tratamiento residencial**, usted, su representante, su médico o el centro de tratamiento residencial deben solicitarnos la aprobación de los días adicionales. Si permanece en el centro de tratamiento residencial después de la cantidad de días aprobados y no obtuvo la certificación previa de los días adicionales, brindaremos los beneficios para los servicios cubiertos médicamente necesarios, que no sean habitación y comida para pacientes hospitalizados, y la atención médica para pacientes hospitalizados, al nivel que habríamos pagado si se hubieran brindado como paciente ambulatorio. Nota: Los beneficios para los centros de tratamiento residencial (RTC) para pacientes hospitalizados se limitan a 30 días por año calendario.

- **Si es necesario extender su tratamiento**

  Si solicita una extensión de un tratamiento continuo al menos 24 horas antes del vencimiento del período aprobado y este también es un reclamo de atención de urgencia, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos el reclamo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio

Si tiene un **reclamo previo al servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión respecto de la certificación previa de una admisión como paciente hospitalizado o la aprobación previa de *Otros servicios*, puede solicitar una revisión siguiendo los procedimientos que figuran en la siguiente página. Tenga en cuenta que estos procedimientos se aplican a las solicitudes de reconsideración de reclamos de atención simultánea (consulte la página 131 para conocer la definición). Si ya recibió el servicio, el suministro o el tratamiento, entonces su reclamo es un **reclamo posterior al servicio** y debe seguir todo el proceso para desacuerdos sobre reclamos que se detalla en la Sección 8.

- **Para que se reconsidere un reclamo de atención médica no urgente**

En el término de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el Paso 1 del proceso para desacuerdos sobre reclamos que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

En el caso de un **reclamo previo al servicio** y sujeto a una solicitud de información adicional, tenemos 30 días a partir de la fecha de recepción de su solicitud de reconsideración por escrito para lo siguiente:

1. Emitir la certificación previa para su admisión como paciente hospitalizado o, si corresponde, aprobar su solicitud de aprobación previa para el servicio, medicamento o suministro.
2. Escribirle y reafirmar nuestra negativa.
3. Solicitarles más información a usted o a su proveedor.

Usted o su proveedor deberán enviar la información para que la recibamos en el término de 60 días desde nuestra solicitud. A partir de ese momento, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días más.

Si no recibimos la información en el término de 60 días, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que debíamos recibir la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tengamos. Le escribiremos para informarle nuestra decisión.

- **Para que se reconsidere un reclamo de atención de urgencia**

En el caso de una apelación de un reclamo de atención de urgencia previo al servicio, en el término de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el Paso 1 del proceso para desacuerdos sobre reclamos que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

A menos que solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de reconsideración. Aceleraremos el proceso de revisión, que permite las solicitudes orales o escritas de apelaciones y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, fax u otros métodos rápidos.

- **Para presentar una apelación ante la OPM**

Después de que reconsideremos su reclamo previo al servicio, si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar a la OPM que la revise siguiendo el Paso 3 del proceso para desacuerdos sobre reclamos que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

- **Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS)**

Cuenta de gastos flexibles de atención médica (Health Care Flexible Spending Account, HCFSA): le reembolsa por gastos de desembolso directo elegibles de atención médica (como copagos, deducibles, fármacos y medicamentos de venta libre recetados por el médico, gastos dentales y de la vista, y mucho más) para usted y sus dependientes a los fines de impuestos, incluidos los hijos adultos (hasta el fin del año calendario en el que cumplan 26 años).

El programa FSAFEDS ofrece reembolso sin trámite para su HCFSA a través de diversos planes de FEHB y FEDVIP. Esto significa que, cuando usted o su proveedor presentan reclamos ante su Plan de FEHB o FEDVIP, el programa FSAFEDS reembolsa automáticamente sus gastos de desembolso directo elegibles en función de la información de los reclamos que recibe de su plan.

Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos

Esto es lo que tendrá que pagar de desembolso directo por la atención cubierta que reciba:

Participación en los costos/costos compartidos

"Participación en los costos" o "costos compartidos" son los términos generales utilizados para hacer referencia a sus costos de desembolso directo (p. ej., deducible, coseguro y copagos) por la atención cubierta que recibe.

Nota: Es posible que deba pagar los montos del deducible, coseguro o copago que correspondan a su atención en el momento en que recibe los servicios.

Copago

Un copago es un monto fijo de dinero que paga al proveedor, al centro de salud, a la farmacia, etc., cuando recibe determinados servicios.

Ejemplo: cuando consulta a su proveedor profesional preferido para la terapia física, paga $25 de copago por la visita y, luego, nosotros pagamos el saldo correspondiente al monto que autorizamos para la visita. (Es posible que deba pagar por separado otros servicios que recibe mientras está en el consultorio del proveedor).

Los copagos no se aplican a los servicios y suministros que estén sujetos a un deducible o coseguro.

Nota: Si el monto facturado (o la cantidad autorizada por el Plan que los proveedores que contratamos han acordado aceptar como pago total) es inferior a su copago, paga el monto menor.

Deducible

Un deducible es un monto fijo de gastos cubiertos que debe pagar por determinados servicios y suministros cubiertos antes de que comencemos a pagar los beneficios por ellos. Los montos de los copagos y el coseguro no cuentan como parte de su deducible. Cuando un servicio o suministro cubiertos está sujeto a un deducible, solo cuenta como parte de su deducible la cantidad autorizada por el Plan para el servicio o suministro que luego pagará.

El deducible por año calendario es de $500 por persona. Después de pagar el monto del deducible para un individuo, los servicios cubiertos son pagaderos para esa persona. En virtud de una inscripción en el plan para el Solicitante y una persona, ambos miembros de la familia deben alcanzar el deducible individual. En virtud de una inscripción en el plan del Solicitante y su familia, una persona puede pagar el deducible individual, o todos los deducibles individuales de todos los miembros de la familia se consideran pagados cuando los deducibles se combinen y el monto alcance $1,000.

Nota: Si el monto facturado (o la cantidad autorizada por el Plan que los proveedores que contratamos han acordado aceptar como pago total) es inferior al saldo pendiente de su deducible, usted paga el monto menor.

Ejemplo: Si el monto facturado es de $100, el proveedor tiene un acuerdo con nosotros para aceptar $80, y usted no ha pagado ningún monto como parte de su deducible por año calendario, debe pagar $80. Aplicaremos $80 a cuenta de su deducible. Comenzaremos a pagar beneficios cuando el saldo pendiente de su deducible por año calendario de $500 haya sido pagado.

Nota: Si cambia de planes durante la Inscripción Abierta y la fecha de vigencia de su nuevo plan es posterior al 1.º de enero del año siguiente, no es necesario que comience un nuevo deducible según su plan anterior entre el 1.º de enero y la fecha de vigencia de su nuevo plan. Si cambia de plan en otro momento del año, debe comenzar con un nuevo deducible en su nuevo plan.

Coseguro

Un coseguro es el porcentaje de la cantidad autorizada por el Plan que debe pagar por su atención. Su coseguro se basa en la cantidad autorizada por el Plan o el monto facturado, lo que sea menor. El coseguro no comienza hasta que usted no alcance su deducible por año calendario.

Ejemplo: Paga el 30% de la cantidad autorizada por el Plan para equipo médico duradero obtenido de un proveedor preferido, una vez que usted alcanza su deducible por año calendario de $500.

Si su proveedor habitualmente renuncia a su costo

Si su proveedor habitualmente renuncia (no le exige pagar) a sus copagos, deducibles o coseguro aplicables, el proveedor está tergiversando la tarifa y es posible que esté violando la ley. En ese caso, cuando calculemos la parte que nos corresponde pagar, descontaremos el monto al que renunció de los cargos del proveedor.
Ejemplo: Si su médico suele cobrar $100 por un servicio, pero habitualmente renuncia a su coseguro del 30%, el cargo real es de $70. Pagaremos $49 (el 70% del cargo real de $70).

Renuncias

En algunos casos, un proveedor puede pedirle que firme una "renuncia" antes de recibir atención. Esta renuncia puede decir que acepta la responsabilidad de pagar el cargo total por cualquier servicio de atención que no esté cubierto por su plan de salud. Si firma una renuncia de este tipo, su responsabilidad de pagar el cargo total o no depende de los contratos que el Plan Local tenga con sus proveedores. Si le piden que firme este tipo de renuncia, debe tener en cuenta que, si se niega el pago de beneficios por los servicios, podría ser responsable legalmente de pagar los gastos relacionados. Si desea obtener más información sobre las renuncias, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura

Nuestra "**cantidad autorizada por el Plan**" es el monto que utilizamos para calcular nuestro pago por determinados tipos de servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio calculan sus cantidades autorizadas de diferentes maneras, por eso sus cantidades autorizadas varían. Para obtener información sobre cómo calculamos nuestra cantidad autorizada por el Plan, consulte la definición de "cantidad autorizada por el Plan" que figura en la Sección 10.

Con frecuencia, la factura del proveedor es más alta que la cantidad autorizada por un plan de pago por servicio. Es posible que una factura del proveedor exceda la cantidad autorizada por el Plan por un monto significativo. Si debe pagar o no la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la factura dependerá del tipo de proveedor que utilice. Los proveedores que tienen acuerdos con este Plan son preferidos y no le facturarán por cualquier saldo que exceda nuestra cantidad autorizada para los servicios cubiertos. Consulte las descripciones que aparecen a continuación para ver los tipos de proveedores disponibles en este Plan.

- **Proveedores preferidos.** Estos tipos de proveedores tienen acuerdos con el Plan Local para limitar el monto que facturarán a nuestros miembros. Por ello, cuando utiliza un proveedor preferido, la parte que le corresponde pagar de la factura del proveedor por la atención cubierta es limitada.

  Su parte consta únicamente de su deducible, su coseguro o copago. Este es un ejemplo con respecto al coseguro: usted consulta a un médico preferido que cobra $250, pero nuestra cantidad autorizada es $100. Si ha alcanzado su deducible, solo es responsable de su coseguro. Es decir, solo paga el 30% de nuestra cantidad autorizada de $100 ($30). Debido al acuerdo, su médico preferido no emitirá una factura por la diferencia de $150 entre nuestra cantidad autorizada y la factura.

Recuerde que debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

- **Proveedores no preferidos:**
  - **Proveedor participante/centro de salud miembro. No hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores participantes; debe pagar todos los cargos.** Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.
  - **Proveedores no participantes/centro de salud no miembro. No hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores no participantes; debe pagar todos los cargos.** Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

¡Aviso importante acerca de los proveedores no participantes!

Los hospitales preferidos y otros centros de salud cubiertos pueden contratar a proveedores no preferidos para que presten ciertos servicios médicos o quirúrgicos en sus centros de salud. Los proveedores no participantes no tienen acuerdos con su Plan Local para limitar el monto que le pueden facturar.

No hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores participantes/miembros o no participantes/no miembros. Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

Siempre solicite proveedores preferidos para su atención. Llame a su Plan Local al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o ingrese en nuestro sitio web, www.fepblue.org, para confirmar el estado contractual de su proveedor o para localizar a un proveedor preferido cercano a su domicilio.

Sus costos por otra atención

Atención en el extranjero: pagamos reclamos por atención en el extranjero a los niveles de beneficios preferidos. En la mayoría de los casos, nuestra cantidad autorizada por el Plan por los servicios de proveedores profesionales se basa en nuestra Lista de cargos por servicios en el extranjero. La mayoría de los proveedores profesionales extranjeros no tienen obligación de aceptar nuestra cantidad autorizada, y usted debe pagar cualquier diferencia entre nuestro pago y la factura del proveedor. Para la atención en centros de salud como paciente hospitalizado que reciba en el extranjero, proporcionamos beneficios por completo por admisiones en un centro del Departamento de Defensa (Department of Defense, DoD) o cuando el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI, Inc.) haya acordado una facturación directa o una aceptación de una garantía de los beneficios con el centro de salud. Si el acuerdo de facturación directa o garantía de los beneficios no es aceptado por el centro de salud, usted es responsable del deducible, copago o coseguro aplicables. Para la atención ambulatoria en centros de salud que reciba en el extranjero, proporcionamos los beneficios completos después de que pague el deducible, copago o coseguro correspondientes. Consulte la Sección 5(i) para obtener más información sobre nuestros beneficios en el extranjero.

Atención en centros de salud para pacientes hospitalizados: debe utilizar un centro de salud **preferido** para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

Su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos para deducibles, coseguro y copagos

Limitamos sus gastos de desembolso directo anuales por los servicios cubiertos que recibe para protegerlo de los costos de atención médica imprevistos. Cuando sus gastos de desembolso directo elegibles alcanzan esta cantidad máxima de protección contra gastos catastróficos, ya no tiene que pagar los costos compartidos asociados durante el resto del año calendario. Para inscripciones del Solicitante y una persona y el Solicitante y su familia, cuando un miembro de la familia cubierto alcanza el desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos del Solicitante únicamente durante el año calendario, los reclamos de ese miembro ya no estarán sujetos a los montos de participación en los costos asociados durante el resto del año. Se requiere que todos los demás miembros de la familia cumplan con el saldo del desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos.

Nota: Ciertos tipos de gastos no suman para el monto máximo.

Monto máximo del proveedor preferido: para una cobertura del Solicitante únicamente, su desembolso directo máximo para su deducible y para el coseguro y el copago elegibles es de $6,500 cuando usa proveedores preferidos. Para una cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia, su desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de $13,000 por los servicios de proveedores preferidos. Solo los gastos elegibles por los servicios de proveedores preferidos cuentan como parte de estos límites.

Los siguientes gastos no están incluidos en esta disposición. Estos gastos no cuentan como parte de su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos, y debe continuar pagándolos aunque sus gastos excedan los límites que se indican más arriba.

- La diferencia entre la cantidad autorizada por el Plan y la cantidad facturada. Consulte la página 29.
- Los gastos por servicios, medicamentos y suministros que excedan nuestras limitaciones máximas de beneficios.
- La multa de $500 por no obtener certificación previa y cualquier otro monto que usted deba pagar debido a que reducimos los beneficios por su incumplimiento de nuestros requisitos para el control de costos.
- La multa de $100 por no obtener aprobación previa y cualquier otro monto que deba pagar debido a que reducimos los beneficios por su incumplimiento de nuestros requisitos para el control de costos.
- Si existe una sustitución genérica disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, sus gastos por la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca no cuentan para su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos (consulte la página 91 para obtener más información).
- Sus gastos por la atención recibida de proveedores no preferidos (proveedores profesionales participantes/no participantes o centros de salud miembros/no miembros), excepto los gastos de deducible, coseguro y copagos que deba pagar en las situaciones en las que nosotros pagamos la atención proporcionada por proveedores no preferidos. Consulte la página 18 para conocer las excepciones al requisito de utilizar proveedores preferidos.

Transferencia

Si cambia a otro plan durante la Inscripción Abierta, continuaremos proporcionando beneficios entre el 1.º de enero y la fecha de vigencia de su nuevo plan.

- Si ya hubiera pagado el desembolso directo máximo, continuaremos proporcionándole los beneficios descritos más arriba hasta la fecha de vigencia de su nuevo plan.
- Si aún no hubiera pagado el desembolso directo máximo, aplicaremos cualquier gasto que realice en enero (antes de la fecha de vigencia de su nuevo plan) a nuestro desembolso directo máximo del año anterior. Cuando haya alcanzado el monto máximo, no tendrá que pagar nuestros deducibles, copagos ni coseguros (a excepción de lo que se indica en la página 30) desde ese momento hasta la fecha de vigencia de su nuevo plan.

Debido a que los cambios de beneficios entran en vigencia el 1.º de enero, aplicaremos nuestros beneficios del próximo año a cualquier gasto que realice en enero.

Si cambia las opciones del Plan de Beneficios de Servicio durante el año, acreditaremos los montos ya acumulados como parte del límite del desembolso directo de protección contra gastos catastróficos de su opción anterior al límite del desembolso directo de protección contra gastos catastróficos de su nueva opción. Si cambia de Solicitante únicamente a Solicitante y una persona o Solicitante y su familia, o viceversa, durante el año calendario, llámenos para averiguar acerca de sus acumulaciones de desembolso directo y cómo se transfieren.

Si le pagamos de más

Haremos todo lo posible por recuperar los pagos por beneficios hechos por error, pero de buena fe. Podremos reducir los pagos por beneficios futuros para compensar el monto pagado en exceso.

En primer lugar, procuraremos recuperar del proveedor nuestros pagos si le pagamos directamente al proveedor, o de la persona (miembro cubierto de la familia, tutor, padre tutelar, etc.) a la cual le enviamos nuestro pago.

Si proporcionamos cobertura por error, pero de buena fe, por los medicamentos con receta médica comprados a través de uno de nuestros programas de farmacia, solicitaremos el reembolso por parte del titular del contrato.

Cuando los centros de salud del gobierno nos emiten facturas

Los centros de salud del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs), el Departamento de Defensa (Department of Defense) y el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) están facultados para solicitarnos el reembolso de ciertos servicios y suministros provistos a usted o a los miembros de su familia. No pueden solicitar montos mayores a los establecidos por las disposiciones legales que rigen su funcionamiento. Es posible que usted sea responsable del pago de ciertos servicios y cargos. Comuníquese con el centro de salud del gobierno directamente para obtener más información.

Sección 5. Beneficios de FEP Blue Focus

Consulte la página 15 para conocer los cambios en nuestros beneficios para este año. La página 141 contiene un resumen de los beneficios de este plan y las páginas 34 a 37 proporcionan una descripción general de FEP Blue Focus.

Descripción general de FEP Blue Focus 34
Sección 5(a). Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica 38
Servicios de diagnóstico y tratamiento 39
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico 40
Atención preventiva, adultos 41
Atención preventiva, niños 46
Atención por maternidad 48
Planificación familiar 49
Servicios de reproducción 50
Atención de alergias 51
Terapias de tratamiento 51
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva 52
Servicios para la audición 53
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros) 53
Cuidado de los pies 54
Dispositivos protésicos y ortopédicos 55
Equipo médico duradero (DME) 55
Suministros médicos 56
Servicios de atención médica a domicilio 57
Tratamiento alternativo/de manipulación 57
Clases y programas educativos 58
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica 59
Procedimientos quirúrgicos 60
Cirugía reconstructiva 63
Cirugía bucal y maxilofacial 64
Trasplantes de órganos/tejidos 68
Anestesia 71
Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital u otro centro de salud, y servicios de ambulancia 72
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados 73
Maternidad: centro de salud 74
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios 76
Centro de tratamiento residencial 79
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada 80
Cuidados paliativos 80
Ambulancia 83
Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes 84
Lesión accidental 85
Emergencia médica 86
Ambulancia 86
Sección 5(e). Beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias 87
Servicios profesionales 87
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados 89
Centro de tratamiento residencial 89
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios 90
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos con receta médica 91

Medicamentos y suministros cubiertos 95
Sección 5(g). Beneficios dentales 103
Beneficio para lesiones accidentales 103
Atención en centros de salud para pacientes hospitalizados y ambulatorios 104
Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales 105
Herramientas de salud 105
Servicios para personas sordas y con problemas de audición 105
Acceso a la web para personas con problemas de la vista 105
Beneficio para viajes/servicios en el extranjero 105
Healthy Families 105
Evaluación de Salud de Blue 105
Programa para el Manejo de la Hipertensión 105
MyBlue® Customer eService 106
National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) 106
Programas de administración de la atención médica 106
Opción de beneficios flexibles 107
Servicios de telesalud 107
Programa de Incentivos de Exámenes Físicos Anuales de Rutina 108
La aplicación móvil de fepblue 108
Sección 5(i). Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero 109
Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan 112

Descripción general de FEP Blue Focus

El paquete de beneficios de FEP® Blue Focus se describe en la Sección 5, que se divide en las subsecciones 5(a) a 5(i).

Lea la *Información importante que debe tener en cuenta* que figura al comienzo de las subsecciones. También lea las Exclusiones generales en la Sección 6; estas se aplican a los beneficios de las subsecciones siguientes. Para obtener formularios de reclamo, asesoramiento sobre cómo presentar un reclamo o más información sobre los beneficios de FEP Blue Focus, llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Le hemos proporcionado una nueva manera de que considere los beneficios que tiene a su disposición en virtud de FEP Blue Focus para determinar si este producto será una buena opción para usted y su familia. Hemos dividido los beneficios en virtud de FEP Blue Focus en tres categorías básicas: BÁSICO, NO BÁSICO e INTEGRAL. La siguiente información describe la parte que paga usted, en función de los beneficios que utiliza. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto. En las siguientes tablas, resumimos los gastos específicos que cubrimos; dentro del folleto, encontrará información más detallada. **No tenga en cuenta los cuadros solamente**. Nota: Para obtener más información acerca de los servicios recibidos en el extranjero, consulte la Sección 5(i).

Los beneficios "***BÁSICOS***" son aquellos que, en función de este programa, forman el nivel más importante: la base del programa. Estos beneficios solo tienen un copago bajo o no tienen copago y no están sujetos a un deducible o un coseguro por la atención recibida. Estos beneficios suelen utilizarse para recibir atención general y para mantener su salud y bienestar generales, además de la cobertura para lesiones accidentales. Por ejemplo, sus primeras 10 visitas de atención médica con un médico de atención primaria, un especialista u otro profesional de atención médica estarán sujetas a un copago de $10 por cada visita.

Los beneficios "***NO BÁSICOS***" sirven para proporcionar cobertura por cualquier costo médico inesperado que pueda tener durante el año calendario. Estos beneficios comparten el mismo nivel de deducible y coseguro anual (consulte la sección *Costos compartidos anuales*). Cuando se haya cumplido el desembolso directo máximo para gastos catastróficos, pagamos el 100% de la cantidad autorizada por el Plan durante el resto del año (consulte la página 30 para obtener más información). Por ejemplo, después de sus primeras 10 visitas (atención primaria, especialista u otro proveedor de atención médica), tendrá que cumplir con un deducible de $500 y, luego, pagará el 30% de la cantidad autorizada por el Plan para la visita. Puede que necesite usar estos beneficios durante el año o no.

Los beneficios "***INTEGRALES***" brindan el último nivel de protección y completan o "integran" el paquete de beneficios de FEP Blue Focus. Estos son beneficios que puede necesitar durante el año o no. Estos beneficios tienen limitaciones de visitas o niveles de copago o coseguro distintos de los niveles de beneficios "BÁSICOS" o "NO BÁSICOS". El deducible por año calendario no se aplica a estos beneficios.

Además de las exclusiones generales que se encuentran en la Sección 6, este programa no brinda beneficios para algunos servicios cubiertos en función de las Opciones Estándar o Básica del Plan de Beneficios de Servicio. Un ejemplo de los servicios excluidos en virtud de FEP Blue Focus es la cobertura para atención odontológica de rutina. Consulte los cuadros que aparecen a continuación.

Debe utilizar proveedores preferidos para ser elegible para los beneficios de su atención, excepto en determinadas circunstancias, como los servicios de emergencia médica o lesión accidental. Los proveedores preferidos nos presentarán los reclamos en su nombre.

COSTOS COMPARTIDOS ANUALES		
Consulte más arriba para saber cuándo se aplican estos costos compartidos.		
Costo compartido	**Responsabilidad del miembro (solicitante únicamente)**	**Responsabilidad del miembro (solicitante y una persona/solicitante y su familia)**
Deducible	$500	$1,000
Coseguro (médico)	30% de la cantidad autorizada por el Plan	30% de la cantidad autorizada por el Plan
Máximo por gastos catastróficos	$6,500	$13,000

BÁSICOS			
Beneficios clave con costos compartidos bajos o nulos para el miembro; no están sujetos a deducibles ni coseguro			
Sección del folleto	**Beneficio**	**Pago del miembro y limitaciones por año calendario**	**Página(s)**
5(a)	Visita profesional (visitas combinadas por atención médica y por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, consulte la Sección 5(e))	$10 por visitas durante las primeras 10 visitas (consulte la sección sobre beneficios “no básicos” para conocer los costos desde la visita 11 en adelante)	39, 88
5(a)	Análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico	$0 de costo compartido para el miembro por los primeros 10 análisis de laboratorio realizados en cada una de estas categorías diferentes de análisis de laboratorio (paneles metabólicos básicos; pruebas de colesterol; hemogramas completos; perfiles de lipoproteínas en ayuno; paneles de salud general; análisis de orina) y 10 venopunciones cuando no se relacionen con atención preventiva, por maternidad o por lesiones accidentales.	40
5(a)	Telesalud • Afecciones agudas menores • Atención dermatológica • Orientación para trastornos de salud mental y consumo de sustancias	$10 por visita Primeras 2 visitas: sin costo compartido para el miembro	39, 88
5(a)	Atención preventiva (adultos/niños)	$0	41, 46
5(a)	Planificación familiar	$0	49-50
5(a)	Anticonceptivos orales y transdérmicos recibidos en una farmacia preferida	$0	97
5(a)	Vacunas (preventivas detalladas)	$0	45-46
5(a)	Tratamiento para dejar de fumar	$0	58, 100
5(a)	Acupuntura y tratamientos manipulativos	$25 por visita Límite de 10 visitas combinadas	57
5(c), 5(d) y 5(g)	Lesión accidental • Ambulancia • Dental • Profesional • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Atención de urgencia	$0 Dentro de las primeras 72 horas desde la lesión accidental	83, 85, 103
5(d)	Emergencias médicas: atención de urgencia	$25 por visita	86
5(f)	Farmacia minorista preferida de Nivel 1: (medicamentos genéricos preferidos en una farmacia minorista preferida)	$5 por un suministro de hasta 30 días $15 por un suministro de hasta 90 días	95

***Los beneficios básicos no incluyen los medicamentos de marca de Nivel 2 ni los medicamentos de especialidad (incluidos los medicamentos de especialidad genéricos); consulte los beneficios INTEGRALES que figuran en la página 37.**

NO BÁSICOS			
Beneficios que tienen un deducible y coseguro en común			
Sección del folleto	**Beneficio**	**Pago del miembro y limitaciones por año calendario (se aplica un deducible)**	**Página(s)**
5(a)	Visitas profesionales (visitas combinadas por atención médica y por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, consulte la Sección 5(e))	30% de la cantidad autorizada por el Plan en la visita 11 y en adelante	39, 88
5(a)	Médico para paciente hospitalizado	30% de la cantidad autorizada por el Plan	39-40
5(a)	Análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico	30% de la cantidad autorizada por el Plan	40-41
5(a)	Análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico	A partir del análisis de laboratorio número 11 realizado en cada una de estas categorías diferentes de análisis de laboratorio (paneles metabólicos básicos; pruebas de colesterol; hemogramas completos; perfiles de lipoproteínas en ayuno; paneles de salud general; análisis de orina) y venopunciones cuando no se relacionen con atención preventiva, por maternidad o por lesiones accidentales, el 30% de la cantidad autorizada por el Plan después de alcanzar el deducible por año calendario.	40
5(a)	Alergia: pruebas, inyecciones, antígenos de múltiples dosis	30% de la cantidad autorizada por el Plan	51
5(a)	Análisis conductual aplicado (ABA) para pacientes ambulatorios	30% de la cantidad autorizada por el Plan, límite de 200 horas	52, 78
5(a)	Terapias para pacientes hospitalizados y ambulatorios	30% de la cantidad autorizada por el Plan	51-52
5(a)	Equipo médico duradero	30% de la cantidad autorizada por el Plan	55-56
5(b)	Atención quirúrgica (incluido el centro Blue Distinction® Center)	30% de la cantidad autorizada por el Plan	60-71
5(c)	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	30% de la cantidad autorizada por el Plan	73-74
5(c)	Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	30% de la cantidad autorizada por el Plan	76-79
5(c)	Ambulancia: emergencia médica	30% de la cantidad autorizada por el Plan	83
5(c) y 5(e)	Centros de tratamiento residencial (RTC) para pacientes hospitalizados	30% de la cantidad autorizada por el Plan, límite de 30 días	79, 89
5(d)	Lesión accidental: paciente hospitalizado	30% de la cantidad autorizada por el Plan	85
5(d)	Emergencias médicas (profesional, sala de emergencias en un hospital)	30% de la cantidad autorizada por el Plan	86
5(e)	Visitas de salud mental (visitas combinadas por atención médica y por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, consulte la Sección 5(e))	30% de la cantidad autorizada por el Plan en la visita 11 y en adelante	88
5(e)	Profesional de salud mental para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios	30% de la cantidad autorizada por el Plan	88-89
5(e)	Atención de salud mental para pacientes hospitalizados, para pacientes ambulatorios e intensiva para pacientes ambulatorios: centro de salud	30% de la cantidad autorizada por el Plan	89-90

INTEGRALES			
Beneficios con distintos copagos o coseguros y sin deducible; pueden aplicarse límites			
Sección del folleto	**Beneficio**	**Pago del miembro y limitaciones por año calendario**	**Página(s)**
5(a)	Maternidad: profesional	$0	48
5(c)	Maternidad: centro de salud	$1,500 por embarazo	74-75
5(a)	Terapia ocupacional, física o del habla	$25 por visita Límite de 25 visitas combinadas	52
5(c)	Cuidados paliativos: tradicional (en el domicilio)	$0	82
5(f)	Farmacia minorista preferida: Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) para un suministro de hasta 30 días 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $1,050) para un suministro de hasta 90 días	95
5(f)	Farmacia de especialidad: Nivel 2 (medicamentos de especialidad genéricos preferidos y medicamentos de especialidad de marca preferidos)	40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) para un suministro de hasta 30 días	95

SIN COBERTURA	
Consulte la sección "Sin cobertura" al final de cada subsección y la Sección 6, Exclusiones generales (página 113), para obtener información completa con respecto a los servicios, medicamentos o suministros que no cubre FEP Blue Focus.	
Beneficio	**Pago del miembro**
Audífonos, incluidos los audífonos implantados en el hueso	Todos los cargos
Pelucas	Todos los cargos
Centro de enfermería especializada	Todos los cargos
Medicamentos genéricos no preferidos, de marca no preferidos y de especialidad genéricos y de marca no preferidos (medicamentos que no figuran en el formulario de FEP Blue Focus)	Todos los cargos
Atención odontológica (excepto por lesión accidental)	Todos los cargos

Sección 5(a). Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Consulte la Sección 3, *Cómo obtener atención*, para conocer los proveedores profesionales y otros profesionales de atención médica cubiertos.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención médica facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor o centro de salud factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención médica por su atención médica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con el centro de salud (es decir, el hospital u otro centro de salud para pacientes ambulatorios, etc.).
- Los beneficios por determinados medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en toda la vida por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtiene de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. De allí en adelante, debe usar una farmacia preferida. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 95 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad del Nivel 2 a través de una farmacia preferida. Los medicamentos restringidos en virtud de este beneficio están disponibles en la Lista de medicamentos de especialidad de FEP Blue Focus. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- El deducible por año calendario es de $500 por persona ($1,000 para inscripciones del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia). El deducible por año calendario se aplica a muchos de los beneficios de esta sección. Agregamos "(Sin deducible)" para indicar que no se aplica el deducible por año calendario.
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulte a continuación y la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.
- Ofrecemos beneficios a los niveles de beneficios preferidos para servicios prestados en centros de salud preferidos por radiólogos, anestesistas, enfermeros anestesistas registrados certificados (certified registered nurse anesthetists, CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los cirujanos asistentes en el consultorio del médico) no preferidos. Usted es responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado.
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos pueden brindar servicios en centros de salud para pacientes hospitalizados preferidos.
- Hay un copago por visita de $10 para cada una de las primeras 10 visitas a un proveedor profesional por año calendario. Esto se aplica a un total combinado para visitas médicas y por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.
- Eximimos el costo compartido para las 2 primeras visitas de telesalud por año calendario. Esto se aplica a un total combinado para el tratamiento de afecciones agudas menores, atención dermatológica y afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. (Consulte las páginas 39 y 88).
- **Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día**, usted es responsable de pagar sus costos compartidos por los servicios de diagnóstico. Esto incluye los costos compartidos correspondientes a los procedimientos de diagnóstico, como inyecciones, análisis de laboratorio y servicios de radiografía.
- Está disponible un premio de incentivo para los miembros (miembros o cónyuges mayores de 18 años) que se realicen un examen físico anual de rutina en 2020. Consulte la Sección 5(h) en la página 108 para obtener más información.

Beneficios de atención preventiva: sugerencias para tener en cuenta:

- La atención preventiva se refiere a los servicios médicos, la orientación y las pruebas de detección en relación con la prevención de enfermedades y problemas de salud, y no hace referencia a la cura de una enfermedad ni al tratamiento de sus síntomas.
- Debe consultar a proveedores preferidos a fin de recibir beneficios preventivos sin costos compartidos; consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Decimos "(Sin deducible)" cuando no se aplica el deducible.	
Servicios de diagnóstico y tratamiento	
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios de médicos y otros profesionales de atención médica: • Consultas • Segunda opinión para cirugía • Visitas a la clínica • Visitas al consultorio • Visitas a domicilio • Examen inicial de un recién nacido que requiere un tratamiento definitivo cuando esté incluido en la cobertura en virtud de una inscripción del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5(f) para conocer la cobertura de medicamentos con receta médica) Nota: Consulte las páginas 40 y 41 para conocer nuestra cobertura de análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico facturados por un profesional de atención médica, y la página 77 para conocer nuestra cobertura de dichos servicios cuando son facturados por un centro de salud, como el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	Proveedor preferido: $10 de copago (sin deducible) por visita, hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con visitas en la Sección 5(e), página 88) Proveedor preferido, visitas después de la 10.° visita: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").
Servicios de profesionales de telesalud para lo siguiente: • Afecciones agudas menores (consulte la página 134 para ver la definición) • Atención dermatológica (consulte la página 138 para ver la definición) Nota: Consulte la Sección 5(h), *Bienestar y otras características especiales*, para obtener información sobre los servicios de telesalud y cómo acceder a un proveedor.	Proveedor de telesalud preferido: ninguno (sin deducible) para las primeras 2 visitas por año calendario para cualquier servicio de telesalud cubierto (los beneficios combinados con servicios de telesalud se enumeran en la Sección 5(e), página 88) $10 de copago por visita (sin deducible) después de la 2.° visita Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Servicios profesionales para pacientes hospitalizados: • Durante la estadía cubierta en un hospital • Servicios por procedimientos no quirúrgicos cuando han sido indicados, proporcionados y facturados por un médico durante una admisión en el hospital cubierta como paciente hospitalizado • Atención médica provista por el médico a cargo del paciente (el médico que es el responsable principal de su atención mientras está hospitalizado) en días en los que pagamos beneficios de hospital Nota: Un médico asesor empleado por el hospital no es el médico a cargo del paciente. • Consultas, cuando lo solicita el médico a cargo del paciente	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Servicios de diagnóstico y tratamiento (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Servicios de diagnóstico y tratamiento (continuación)	
• Atención simultánea: la atención de pacientes hospitalizados en un hospital por parte de otro médico además del médico a cargo del paciente, por una afección no relacionada con el diagnóstico principal, o debido a que la complejidad clínica de la afección requiere atención médica adicional • Terapia física provista por un médico que no es el médico a cargo del paciente • Examen inicial de un recién nacido que requiere un tratamiento definitivo cuando esté incluido en la cobertura en virtud de una inscripción del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5(c) para conocer la cobertura de medicamentos que recibe mientras está en el hospital) • Segunda opinión para cirugía • Orientación nutricional cuando sea facturada por un proveedor cubierto	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Servicios de rutina, con excepción de los servicios de atención preventiva que se describen en las páginas 41-47* • *Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médicas en línea, excepto según se muestra en la Sección 5(a), página 39, y en la Sección 5(e), página 88* • *Enfermería privada* • *Médicos de reserva* • *Consultas radiológicas de rutina y al personal requeridas por las normas y reglamentaciones del centro* • *Atención médica para pacientes hospitalizados, cuando su admisión en el hospital o una parte de esta no estén cubiertas (Consulte la Sección 5(c)) Nota: Si decidimos que la admisión como paciente hospitalizado no está cubierta, no proporcionaremos beneficios de habitación y comida para pacientes hospitalizados ni la atención médica para pacientes hospitalizados. Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los suministros o servicios cubiertos, excepto los beneficios de habitación y comida, y atención médica para pacientes hospitalizados en el nivel que los habríamos pagado si estos servicios se hubieran proporcionado al paciente en otro ámbito.*	*Todos los cargos*
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico	
Pruebas de diagnóstico, como las siguientes: • Análisis de laboratorio (como análisis de sangre y análisis de orina) • Servicios de patología • Electrocardiogramas • Control cardiovascular • Electroencefalogramas • Pruebas neurológicas • Ultrasonidos • Radiografías (incluida la colocación del equipo portátil de radiografías) • Pruebas de densidad ósea • Tomografías computarizadas*/resonancias magnéticas*/tomografías por emisión de positrones* • Angiografías • Pruebas genéticas* ***Se requiere aprobación previa.**	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Nota: $0 de costo compartido para el miembro por los primeros 10 análisis de laboratorio realizados en cada una de estas categorías diferentes de análisis de laboratorio (paneles metabólicos básicos; pruebas de colesterol; hemogramas completos; perfiles de lipoproteínas en ayuno; paneles de salud general; análisis de orina) y 10 venopunciones cuando no se relacionen con atención preventiva, por maternidad o por lesiones accidentales. Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)	
• Notas: - Los beneficios están disponibles para las pruebas genéticas de diagnóstico especializadas cuando sean médicamente necesarias para diagnosticar o tratar una afección médica existente del paciente. No se proporcionan los beneficios para los paneles genéticos cuando todas o algunas de las pruebas incluidas en el panel no estén cubiertas, sean experimentales o de investigación, o no sean médicamente necesarias. Consulte el siguiente párrafo para obtener información sobre las pruebas de BRCA de diagnóstico. - Debe obtener aprobación previa para las pruebas de BRCA (consulte la página 43). Pruebas de diagnóstico de BRCA, incluidas las pruebas de grandes reordenamientos genómicos en los genes BRCA1 y BRCA2: los beneficios están disponibles para miembros con un diagnóstico de cáncer cuando se cumplan los requisitos establecidos en la nota anterior y el miembro no cumpla con los criterios para la prueba de BRCA preventiva. Los beneficios se limitan a una prueba de cada tipo de por vida, ya sea que esté cubierta como prueba de diagnóstico o pagada por los beneficios de *atención preventiva* (consulte las páginas 43 y 44). - Consulte las páginas 43 y 44 en esta Sección para conocer la cobertura de servicios de pruebas y asesoramiento genéticos relacionados con antecedentes familiares de cáncer u otras enfermedades. • Medicina nuclear • Estudios del sueño Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.	Continúa desde la página anterior: Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • Laboratorios o radiólogos no participantes: 30% de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada
Atención preventiva, adultos	
Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva a los adultos mayores de 22 años, que incluyen los servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Visitas/exámenes de atención preventiva Nota: Consulte la definición de "Atención preventiva, adultos" en la página 137 para conocer los servicios de detección de la salud. • Orientación individual sobre la prevención y reducción de riesgos de salud Nota: Los beneficios de atención preventiva no se encuentran disponibles para orientación grupal. Los beneficios de la atención preventiva por cada servicio que se enumera a continuación se limitan a uno por año calendario: • Radiografía de tórax • Electrocardiogramas • Análisis de orina • Panel de salud general • Exámenes de paneles metabólicos básicos o completos • Hemograma completo • Perfil de lipoproteínas en ayuno (colesterol total, LDL, HDL o triglicéridos)	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: Ninguno (sin deducible) • Laboratorios o radiólogos no participantes: La diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible)

Atención preventiva, adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención preventiva, adultos (continuación)	
• Examen de detección de diabetes mellitus • Prueba de detección de hepatitis B • Examen de detección de hepatitis C • Pruebas de detección de trastornos por consumo de alcohol/sustancias Nota: Consulte las páginas 58 y 100 para conocer nuestra cobertura del tratamiento para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico. • Pruebas de detección de infección por clamidia • Pruebas de detección de infección por gonorrea • Pruebas de detección de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Pruebas de detección de infección por sífilis • Pruebas de detección de infección por tuberculosis latente • Administración e interpretación de un cuestionario sobre Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) (consulte la sección *Definiciones*) Nota: Como miembro de FEP Blue Focus, tiene acceso al cuestionario HRA de Blue Cross and Blue Shield conocido como "Evaluación de Salud de Blue". Consulte la Sección 5(h) para obtener más información.	Consulte la página anterior.
• Pruebas de cáncer colorrectal, que incluyen lo siguiente: - Prueba de sangre oculta en la materia fecal - Colonoscopía, con o sin biopsia (consulte la página 60 para informarse sobre nuestros niveles de pago para colonoscopías diagnósticas) - Sigmoidoscopía - Enema de bario con doble contraste - Análisis de ADN en muestras de heces • Pruebas de cáncer de próstata: prueba del antígeno específico de la próstata (Prostate Specific Antigen, PSA) • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero - Pruebas de Papanicolau de cuello de útero - Pruebas de virus del papiloma humano (VPH) del cuello de útero • Mamografías de detección, incluidas mamografías usando tecnología digital Nota: Los beneficios de la atención preventiva por cada servicio que se enumeran anteriormente se limitan a uno por año calendario. Nota: Pagamos beneficios de atención preventiva en el primer reclamo que procesamos para cada una de las pruebas anteriores que usted recibe en el año calendario. Los criterios de cobertura regulares y los niveles de beneficios se aplican a reclamos subsiguientes de esos tipos de pruebas si se realizan en el mismo año. • Tomografías computarizadas de baja dosis para el cáncer de pulmón (limitadas a una por año, para adultos, entre 55 y 80 años, con antecedentes de consumo de tabaco) • Detección de osteoporosis para mujeres mayores de 65 años o mujeres de 50 a 65 años que están en mayor riesgo • Ultrasonido para detectar aneurisma de aorta abdominal para adultos de 65 a 75 años, limitado a una prueba de por vida	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: Ninguno (sin deducible) • Laboratorios o radiólogos no participantes: La diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible) Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por pruebas de detección de cáncer y ultrasonido para la detección de aneurisma aórtico abdominal cubiertas y facturadas por centros de salud miembros o no miembros, y realizadas de manera ambulatoria.

Atención preventiva, adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención preventiva, adultos (continuación)	
• Orientación nutricional Nota: Los beneficios se limitan a los servicios de orientación nutricional individuales. No proporcionamos beneficios para servicios de orientación grupales. Nota: Cuando la orientación nutricional se presta a través de la red de proveedores de telesalud contratada, proporcionamos los beneficios que se muestran aquí para proveedores preferidos. Consulte la Sección 5(h), *Bienestar y otras características especiales*, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud. Notas: • Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, usted es responsable de pagar sus costos compartidos por los servicios de diagnóstico. • Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por pruebas de detección de cáncer y ultrasonido para la detección de aneurisma aórtico abdominal cubiertas y realizadas de manera ambulatoria.	Consulte la página anterior.
Detección de cáncer de mama o cáncer de ovario hereditarios Los beneficios están disponibles para los exámenes de detección para miembros mayores de 18 años, para evaluar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer de mama o cáncer de ovario hereditarios, relacionados con mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2: • **Orientación y evaluación genéticas** para miembros cuyos antecedentes familiares estén asociados con un riesgo elevado de mutaciones dañinas en los genes BRCA1 o BRCA2 • **Pruebas de BRCA** para miembros cuyos antecedentes personales o familiares estén asociados con un riesgo elevado de mutaciones dañinas en los genes BRCA1 o BRCA2 Nota: **Debe recibir servicios de orientación y evaluación genéticas, y obtener aprobación previa antes de realizar las pruebas de BRCA preventivas.** No se proporcionarán beneficios de atención preventiva para la prueba de BRCA, a menos que reciba orientación y evaluación genéticas antes de la prueba, se utilicen las medidas de detección científicamente válidas para la evaluación y los resultados sustenten la prueba de BRCA. Consulte la página 19 para obtener información sobre la aprobación previa. Los miembros elegibles deben cumplir con uno de los siguientes criterios como mínimo: - Miembros que tienen antecedentes personales de cáncer de mama, de ovario, trompa de Falopio, peritoneal, de páncreas o de próstata, y que no han recibido pruebas de BRCA, cuando la orientación y evaluación genéticas con medidas científicamente válidas (consulte arriba) sustentan la realización de pruebas de BRCA - Miembros a los que no se les ha diagnosticado cáncer de mama, de ovario, trompa de Falopio, peritoneal, de páncreas o de próstata, que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios de antecedentes familiares (ver página siguiente para los miembros de la herencia judía asquenazí): • persona de una familia con una mutación dañina conocida en el gen BRCA1 o el gen BRCA2; o • dos familiares de sexo femenino de primer grado con cáncer de mama, una de ellas con diagnóstico a los 50 años o antes; o • una combinación de tres o más familiares de sexo femenino de primer o segundo grado con cáncer de mama, independientemente de la edad del diagnóstico; o	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: Ninguno (sin deducible) • Laboratorios o radiólogos no participantes: La diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible) Nota: Cuando le factura un centro de salud preferido, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios para proveedores preferidos. Los beneficios no están disponibles para las pruebas de BRCA realizadas en centros de salud miembros o no miembros.

Atención preventiva, adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención preventiva, adultos (continuación)	
• Los miembros elegibles deben cumplir con uno de los siguientes criterios como mínimo *(continuación)*: - Miembros a los que no se les ha diagnosticado cáncer de mama, de ovario, trompa de Falopio, peritoneal, de páncreas o de próstata que cumplan con, al menos, uno de los siguientes criterios de antecedentes familiares (ver más abajo para los miembros de la herencia judía asquenazí) *(continuación)*: • un familiar de primer o segundo grado con cáncer de mama y de ovario a cualquier edad; o • antecedentes de cáncer de mama en un familiar de sexo femenino de primer o segundo grado, y antecedentes de cáncer de ovario, trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario en el mismo u otro pariente de sexo femenino de primer o segundo grado; o • un familiar de sexo femenino de primer grado con cáncer de mama bilateral; o • una combinación de dos o más familiares de sexo femenino de primer o segundo grado con cáncer de ovario, independientemente de la edad del diagnóstico; o • antecedentes de cáncer pancreático o prostático diagnosticado en un familiar de primer o segundo grado; o • antecedentes de cáncer de mama en un familiar de sexo masculino. - Los miembros de la herencia judía asquenazí a los que no se les ha diagnosticado cáncer de mama, de ovario, trompa de Falopio, peritoneal, de páncreas o cáncer de próstata deben cumplir con uno de los siguientes criterios de antecedentes familiares: • persona de una familia con una mutación dañina conocida en el gen BRCA1 o el gen BRCA2; o • un familiar de primer grado con cáncer de mama o de ovario; o • antecedentes de cáncer pancreático o prostático diagnosticado en un familiar de primer o segundo grado; o • dos familiares de segundo grado del mismo lado de la familia con cáncer de mama o de ovario. Los familiares de primer grado se definen de la siguiente manera: padres, hermanos e hijos del miembro que se somete a la prueba. Los familiares de segundo grado se definen de la siguiente manera: abuelos, tíos, sobrinos, nietos y medios hermanos (hermanos con un mismo padre biológico) del miembro que se somete a la prueba. Los familiares pueden estar vivos o haber fallecido. • **Pruebas para grandes reordenamientos genómicos de los genes BRCA1 y BRCA2** - Los miembros elegibles tienen 18 años o más. - Reciben orientación y evaluación genéticas antes de la prueba BRCA1 y BRCA2. - Cumplen con los criterios de prueba de BRCA descritos arriba y en la página 43. Notas: • Los beneficios para las pruebas de BRCA y pruebas de grandes reordenamientos genómicos de los genes BRCA1 y BRCA2 están limitados a uno de cada tipo de prueba de por vida ya sea que se considere un examen preventivo o una prueba de diagnóstico (consulte la página 40-41 para conocer nuestra cobertura de las pruebas de diagnóstico BRCA). • Los beneficios de atención preventiva no están disponibles para la extirpación quirúrgica de mamas, ovarios o próstata.	Consulte la página anterior.

Atención preventiva, adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención preventiva, adultos (continuación)	
Vacunas (autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos [Food and Drug Administration, FDA] de los EE. UU.) limitadas a las siguientes: • Contra la hepatitis (tipos A y B) para pacientes con riesgo elevado o antecedentes familiares • Herpes Zóster (culebrilla) • Contra el virus del papiloma humano (VPH) • Influenza (gripe) • Contra el sarampión, las paperas y la rubéola • Antimeningocócicas • Antineumocócicas • De refuerzo contra el tétanos, la difteria y la tos ferina • Contra la varicela Muchas farmacias minoristas preferidas participan en nuestra red de vacunación. Consulte la página 97 para conocer nuestra cobertura para dichas vacunas cuando se suministran en farmacias de la red de vacunación. Notas: • La concesión de licencias de la FDA de los EE. UU. puede restringir el uso de las vacunas enumeradas anteriormente a ciertos rangos de edad, frecuencia u otras indicaciones específicas sobre el paciente, incluido el sexo. • Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, usted es responsable de pagar sus costos compartidos por los servicios de diagnóstico. • Consulte la página 98 para conocer nuestros niveles de pago por medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible. • Los beneficios enumerados anteriormente y en las páginas 41 a 44 no se aplican a hijos hasta los 22 años. (Consulte los beneficios en *Atención preventiva, niños*, de esta Sección). • Todo procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicio de radiografía realizado junto con un examen de rutina y no incluido en la lista de servicios preventivos quedará sujeto a los copagos, coseguros y deducibles aplicables de los miembros. • Encontrará una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendada por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) disponible en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/. HHS: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits Puede encontrar una lista completa de servicios preventivos para la mujer en: www.healthcare.gov/preventive-care-women/ Si necesita más información, visite: www.healthfinder.gov/myhealthfinder/default. aspx.	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación). Notas: • Para los servicios facturados por proveedores no preferidos (participantes/no participantes) en relación con la vacuna contra la influenza (gripe), pagamos la cantidad autorizada por el Plan. Si recibe la vacuna contra la influenza (gripe) por parte de un proveedor no participante, usted paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible). • Cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.

Atención preventiva, adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención preventiva, adultos (continuación)	
No están cubiertos: • *Pruebas genéticas relacionadas con antecedentes familiares de cáncer u otras enfermedades, salvo como se describe en las páginas 43 y 44* *Nota: Consulte la página 40 para conocer nuestra cobertura de pruebas genéticas de diagnóstico médicamente necesarias.* • *Paneles genéticos cuando todas o algunas de las pruebas incluidas en el panel no están cubiertas, son experimentales o de investigación, o no son médicamente necesarias* • *Orientación grupal sobre la prevención y reducción de riesgos de salud* • *Evaluaciones de riesgos de salud autoadministradas (diferentes de la Evaluación de Salud de Blue)* • *Servicios de detección solicitados únicamente por el miembro, como las gammagrafías cardíacas, los rastreos corporales y las pruebas anunciados comercialmente y realizados en camionetas móviles* • *Exámenes físicos requeridos para obtener o continuar con el empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, hacer exámenes de atletismo o viajar* • *Vacunas, refuerzos y medicamentos para viajar o exposición relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos pueden estar disponibles para estos servicios.*	*Todos los cargos*
Atención preventiva, niños	
Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva a niños hasta los 22 años, que incluyen los servicios recomendados por la ley ACA y según lo descrito en las pautas de Bright Futures proporcionadas por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Visitas y pruebas de detección para recién nacidos saludables (pacientes hospitalizados o ambulatorios) • Visitas/exámenes de atención preventiva • Análisis de laboratorio • Prueba de audición y de la vista • Aplicación de barniz de flúor para niños hasta los 5 años, cuando es administrado por un proveedor de atención primaria (limitado a 2 por año calendario) • Vacunas autorizadas por la FDA de los EE. UU., limitadas a las siguientes: - Contra la difteria, el tétanos y la tos ferina - Contra la Haemophilus influenzae tipo B (Hib) - Contra la hepatitis (tipos A y B) - Contra el virus del papiloma humano (VPH) - Contra el virus poliomielítico inactivado - Contra el sarampión, las paperas y la rubéola - Antimeningocócicas - Antineumocócicas - Rotavirus - Influenza (gripe) - Contra la varicela	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: Ninguno (sin deducible) • Laboratorios o radiólogos no participantes: La diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible) Notas: • Para los servicios facturados por proveedores no preferidos (participantes/no participantes) en relación con la vacuna contra la influenza (gripe), pagamos la cantidad autorizada por el Plan. Si recibe la vacuna contra la influenza (gripe) por parte de un proveedor no participante, usted paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible). • Cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.

Atención preventiva, niños (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención preventiva, niños (continuación)	
Nota: La concesión de licencias de la FDA de los EE. UU. puede restringir el uso de determinadas vacunas a ciertos rangos de edad, frecuencia u otras indicaciones específicas sobre el paciente, incluido el sexo. • Orientación nutricional Nota: Los beneficios se limitan a los servicios de orientación nutricional individuales. No proporcionamos beneficios para servicios de orientación grupales. Nota: Cuando la orientación nutricional se presta a través de la red de proveedores de telesalud contratada, proporcionamos los beneficios que se muestran aquí para proveedores preferidos. Consulte la Sección 5(h), *Bienestar y otras características especiales*, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud. Los beneficios de la atención preventiva por cada servicio que se enumera a continuación se limitan a uno por año calendario: • Pruebas de detección de la hepatitis B para niños de 13 años y más • Pruebas de detección de infección por clamidia • Pruebas de detección de infección por gonorrea • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero - Pruebas de Papanicolau de cuello de útero - Pruebas de virus del papiloma humano (VPH) del cuello de útero • Pruebas de detección de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Pruebas de detección de infección por sífilis • Pruebas de detección de infección por tuberculosis latente para miembros de 18 a 21 años Notas: • Si su hijo recibe servicios preventivos y de diagnóstico de un proveedor preferido el mismo día, usted es responsable de pagar la participación en los costos por los servicios de diagnóstico. • Todo procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicio de radiografía realizado junto con un examen de rutina y no incluido en la lista de servicios preventivos quedará sujeto a los copagos, coseguros y deducibles aplicables de los miembros. • Consulte la página 98 para conocer nuestros niveles de pago por medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible. • Encontrará una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendada por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) disponible en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/. Puede encontrar una lista completa de servicios preventivos para la mujer en www.healthcare.gov/preventive-care-women. HHS: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits Si necesita más información, visite: www.healthfinder.gov/myhealthfinder/default. aspx. Para obtener una lista completa de las pautas de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría, visite brightfutures.aap.org/pages/default.aspx.	Consulte la página anterior.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención por maternidad	
Le recomendamos que nos notifique sobre su embarazo durante el primer trimestre; consulte la página 24. Atención por maternidad (obstétrica), incluidas las afecciones relacionadas que dan lugar al parto o la interrupción espontánea del embarazo, como lo siguiente: • Atención prenatal (incluidos ultrasonidos, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico) • Parto • Atención posparto Nota: Cubrimos hasta 4 visitas por año en total para tratar la depresión relacionada con el embarazo (es decir, la depresión durante el embarazo, la depresión posparto o ambas) cuando utiliza proveedores preferidos. Consulte la Sección 5(e) para conocer nuestra cobertura y los beneficios por servicios de salud mental adicionales. • Cirujanos asistentes/asistencia quirúrgica si se necesitan debido a la complejidad del parto • Anestesia (incluso acupuntura) cuando la solicite el médico a cargo del paciente y la realice un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA) o un médico que no sea el médico que está operando (cirujano) ni el asistente • Terapia tocolítica y servicios relacionados cuando se brindan a pacientes hospitalizados durante una admisión en el hospital cubierta • Educación sobre lactancia y capacitación individual sobre lactancia por parte de proveedores de atención médica, como médicos, asistentes de médicos, parteros, auxiliares de enfermería/especialistas clínicos y asesores de lactancia Nota: Consulte la página 49 para conocer nuestra cobertura para kits sacaleches. • Visitas de enfermería (especializada) a domicilio, sujetas al límite de visitas establecido en la página 57 Notas: • Consulte las páginas 43 y 47 para conocer nuestra cobertura de orientación nutricional. • No se brindan beneficios de atención por maternidad para medicamentos con receta médica que se requieren durante el embarazo, con excepción de lo recomendado en la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Consulte la página 98 para obtener más información. Consulte la Sección 5(f) para conocer la cobertura de otros medicamentos con receta médica. A continuación, se enumeran algunas sugerencias para tener en cuenta: • No necesita certificación previa para su parto; consulte la página 26 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para usted o su bebé recién nacido. • Puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y hasta 96 horas después de una cesárea. Cubriremos una extensión de la estadía si fuera médicamente necesario. • Cubrimos la atención neonatal de rutina para hijos recién nacidos cuando se brinda durante la parte cubierta de la internación por maternidad de la madre y cuando lo factura el centro de salud. Cubrimos otro tipo de atención de un bebé recién nacido que requiera servicios profesionales o tratamiento no rutinario, solo si cubrimos al bebé recién nacido según la cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia. Los beneficios quirúrgicos se aplican a la circuncisión cuando son facturados por un proveedor profesional para un recién nacido varón. • Los servicios del hospital se enumeran en la Sección 5(c) y los beneficios quirúrgicos en la Sección 5(b).	Preferido: Ninguno (sin deducible) Nota: Para la atención en centros de salud preferidos relacionada con la maternidad, incluida la atención en centros de maternidad preferidos, su responsabilidad para la atención cubierta en un centro de salud se limita a $1,500 por embarazo. Consulte la Sección 5(c), página 74. Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: Ninguno (sin deducible) • Laboratorios o radiólogos no participantes: La diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible)

Atención por maternidad (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención por maternidad (continuación)	
• Consulte la página 135 para obtener información sobre nuestro pago para hospitalizaciones debido a un parto de emergencia en un hospital u otro centro de salud no contratado por su Plan Local. • Cuando un recién nacido necesita tratamiento definitivo durante la hospitalización de la madre o después de esta, el recién nacido se considera un paciente con derecho propio. En estos casos, se aplican los beneficios médicos o quirúrgicos normales en lugar de los beneficios por maternidad. • Consulte la página 60 para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión.	
• Kit sacaleches, limitado a uno de los dos equipos que se enumeran a continuación por año calendario para las miembros que están embarazadas o amamantando: - Kit sacaleches manual Ameda ***o*** - Kit sacaleches eléctrico doble Ameda Nota: El kit sacaleches incluirá un suministro de 150 bolsas de almacenamiento de leche Ameda. Puede pedir bolsas de almacenamiento de leche Ameda, con un límite de 150 bolsas cada 90 días, incluso si tiene su propio sacaleches. Nota: Los beneficios para los kits sacaleches y las bolsas de almacenamiento de leche están disponibles únicamente cuando los pide a través de CVS Caremark si llama al 800-262-7890.	Ninguno
No están cubiertos: • *Procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término, o cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto* • *Pruebas/exámenes de detección genéticos del padre del bebé (consulte la página 40 para conocer nuestra cobertura para las pruebas genéticas de diagnóstico médicamente necesarias)* • *Preparación para el parto, Lamaze y otras clases de preparación para el parto/para padres* • *Sacaleches y bolsas de almacenamiento de leche, excepto según se indica anteriormente* • *Suministros para lactancia distintos de los incluidos en los kits sacaleches que se describen anteriormente, que incluyen ropa (p. ej., sostenes para amamantar), biberones u otros artículos para la comodidad o conveniencia personal (p. ej., almohadillas para lactancia)* • *Terapia tocolítica y servicios relacionados provistos en forma ambulatoria* • *Atención por maternidad para los miembros no inscritos en el Plan de Beneficios de Servicio*	*Todos los cargos*
Planificación familiar	
Una variedad de servicios de planificación familiar voluntaria para mujeres, que se limita a lo siguiente: • Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos • Diafragmas y anillos anticonceptivos • Anticonceptivos inyectables • Dispositivos intrauterinos (DIU) • Implantes anticonceptivos • Procedimientos de ligadura de trompas u oclusión de trompas/obstrucción de trompas solamente	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Planificación familiar (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Planificación familiar (continuación)	
Servicios de planificación familiar para hombres limitados a los siguientes: • Vasectomía Notas: • También ofrecemos beneficios de servicios profesionales asociados con los procedimientos de ligadura/oclusión/obstrucción de trompas, la vasectomía y la prueba, la inserción o el retiro de los anticonceptivos enumerados en la página anterior. • Cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.	Consulte la página anterior.
• Anticonceptivos orales y transdérmicos Nota: Eximimos los costos compartidos para anticonceptivos orales y transdérmicos cuando los adquiere en una farmacia minorista preferida; consulte la Sección 5(f) en la página 97.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria* • *Dispositivos anticonceptivos no descritos anteriormente* • *Anticonceptivos de venta libre (over-the-counter, OTC), excepto según lo descrito en la Sección 5(f)*	*Todos los cargos*
Servicios de reproducción	
Diagnóstico de infertilidad, limitado a lo siguiente: • Servicios de diagnóstico • Análisis de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención Nota: Consulte la Sección 5(a) para conocer los análisis de laboratorio, las pruebas de diagnóstico y las radiografías con cobertura.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • Laboratorios o radiólogos no participantes: 30% de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada
No están cubiertos: Los servicios que se enumeran a continuación no están cubiertos como tratamiento para la infertilidad o como alternativas para la anticoncepción convencional: • *Procedimientos de tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, ART) e inseminación asistida, que incluyen, entre otros, lo siguiente:* - *Inseminación artificial (Artificial Insemination, AI)* - *Fertilización in vitro (in vitro fertilization, IVF)* - *Transferencia embrionaria y transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT) y la transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT)* - *Inseminación intravaginal (intravaginal insemination, IVI)* - *Inseminación intracervical (intracervical insemination, ICI)* - *Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (intracytoplasmic sperm injection, ICSI)* - *Inseminación intrauterina (Intrauterine Insemination, IUI)*	*Todos los cargos*

Servicios de reproducción (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Servicios de reproducción (continuación)	
• *Servicios, procedimientos o suministros relacionados con los procedimientos de ART e inseminación asistida* • *Crioconservación o almacenamiento de esperma (banco de esperma), óvulos o embriones* • *Diagnóstico, pruebas o exámenes previos a la implantación, incluidas las pruebas o los exámenes de óvulos, espermas o embriones* • *Medicamentos utilizados junto con procedimientos de ART e inseminación asistida* • *Medicamentos para tratar la infertilidad* • *Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a individuos no inscritos en este Plan*	*Todos los cargos*
Atención de alergias	
• Pruebas de alergia • Tratamiento de la alergia • Inyecciones para las alergias • Medicamentos sublinguales de desensibilización de alergia como los autorizados por la FDA de los EE. UU. • Preparación de cada vial de múltiples dosis de antígeno • Agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención Nota: Consulte la página 39 para el copago aplicable por visita al consultorio.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Cuando la atención es proporcionada por un laboratorio o radiólogo no preferido, como se menciona en la página 18 para una excepción, usted paga lo siguiente: • Laboratorios o radiólogos participantes: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • Laboratorios o radiólogos no participantes: 30% de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada
No están cubiertos: pruebas de provocación de alimentos	*Todos los cargos*
Terapias de tratamiento	
Terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios: • Quimioterapia y terapia de radiación Nota: Cubrimos terapia de radiación o quimioterapia de alta dosis en relación con trasplantes de médula ósea y fármacos o medicamentos para estimular o movilizar las células madre para los procedimientos de trasplante, únicamente para aquellas afecciones mencionadas como cubiertas en *Trasplantes de órganos/tejidos* en la Sección 5(b). Además, puede consultar *Otros servicios* en *Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios* en la Sección 3 (páginas 19 a 22). • Terapia de radiación de intensidad modulada (intensity-modulated radiation therapy, IMRT)* Nota: **Debe obtener aprobación previa para recibir IMRT para pacientes ambulatorios relacionada con tipos de cáncer que no sean cáncer de cabeza, cuello, mama, próstata o anal.** Consulte las páginas 19 a 22 para obtener más información. • Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal • Terapia intravenosa (IV)/terapia de infusión: terapia IV o de infusión a domicilio Nota: Las visitas de atención de enfermería (especializada) a domicilio asociadas con terapia IV/de infusión a domicilio están cubiertas según se describe en *Servicios de atención médica a domicilio* en la página 57. • Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios • Terapia de rehabilitación pulmonar	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Terapias de tratamiento (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Terapias de tratamiento (continuación)	
• Análisis conductuales aplicados (ABA)* para el tratamiento de un trastorno del espectro autista con un límite de 200 horas por persona por año calendario (consulte los requisitos de aprobación previa en la página 19) • Medicamentos para infusión para enfermedades autoinmunitarias: Remicade, Renflexis o Inflectra • Agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención Notas: • Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por las terapias de tratamiento cuando son facturados por el departamento de atención ambulatoria de un hospital. • Consulte las páginas 57-58 para conocer nuestra cobertura de tratamientos de manipulación osteopáticos y quiroprácticos. ***Se requiere aprobación previa.**	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Terapias de tratamiento para pacientes hospitalizados: • Quimioterapia y terapia de radiación Nota: Cubrimos terapia de radiación o quimioterapia de alta dosis en relación con trasplantes de médula ósea y fármacos o medicamentos para estimular o movilizar las células madre para los procedimientos de trasplante, únicamente para aquellas afecciones mencionadas como cubiertas en *Trasplantes de órganos/tejidos* en la Sección 5(b). Además, puede consultar *Otros servicios* en *Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios* en la Sección 3 (páginas 19 a 22). • Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de medicamentos administrados en relación con estas terapias de tratamiento) • Análisis conductuales aplicados (ABA)* para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la página 19) ***Se requiere aprobación previa.**	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva	
Terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios, sujetas a los límites de visita: • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla: - Los beneficios se limitan a 25 visitas por persona por año calendario para terapia física, ocupacional o del habla, o una combinación de las tres, independientemente del proveedor o centro de salud que factura los servicios. • Terapia de rehabilitación cognitiva, limitada a 25 visitas por año calendario, independientemente del proveedor que factura los servicios	Preferido: $25 de copago por visita (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Notas: • Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes"). • Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por las terapias de rehabilitación cuando son facturados por el departamento de atención ambulatoria de un hospital.

Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva (continuación)	
No están cubiertos: • *Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital como parte de una estadía cubierta como paciente hospitalizado* • *Terapia de rehabilitación para mantenimiento o paliativa* • *Programas de ejercicio* • *Hipoterapia/equinoterapia* • *Masoterapia*	*Todos los cargos*
Servicios para la audición	
Las visitas relacionadas con los servicios para la audición cubiertos que se detallan a continuación	Preferido: $10 de copago (sin deducible) por visita, hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas en la Sección 5(a), página 39) Proveedor preferido, visitas después de la 10.° visita: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").
Pruebas de audición relacionadas con una enfermedad o lesión	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Pruebas de audición de rutina (excepto según lo indicado en la página 46)* • *Audífonos, incluidos los audífonos implantados en el hueso, accesorios o suministros (incluidos controles remoto y paquetes de garantía) y todos los servicios relacionados* • *Exámenes de audífonos*	*Todos los cargos*
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros)	
Exámenes de la vista o visitas en relación con una afección médica específica	Preferido: $10 de copago (sin deducible) por visita, hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas en la Sección 5(a), página 39) Proveedor preferido, visitas después de la 10.° visita: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").

Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros) (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros) (continuación)	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento, como los siguientes: • Tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para niños desde el nacimiento hasta los 21 años • Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico realizadas o solicitadas por su proveedor • Refracción, solo cuando se realiza para determinar la receta para un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto suministrados por incidente como se describe a continuación Nota: Consulte la Sección 5(b), *Procedimientos quirúrgicos*, para conocer la cobertura para el tratamiento quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Los beneficios se limitan a un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto recetados por incidente: • Para corregir una deficiencia causada directamente por un único incidente de lesión ocular producida en un accidente o cirugía intraocular. • Si la afección puede corregirse con cirugía, pero la cirugía no es una opción adecuada debido a la edad o a la afección médica. • Para el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para los niños desde el nacimiento hasta los 21 años.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Anteojos, lentes de contacto, exámenes de rutina de la vista o pruebas de la vista para recetar o probar anteojos o lentes de contacto, excepto según lo descrito anteriormente* • *Marcos de lujo para anteojos o accesorios de lentes de contacto, como un recubrimiento especial, polarización, tratamiento contra rayos UV, etc.* • *Lentes intraoculares (intraocular lenses, IOL) multifocales, de acomodación, tóricos y otros lentes intraoculares premium, incluidos Crystalens, ReStor y ReZoom* • *Ejercicios para la vista, ejercitación de la vista u ortóptica, excepto el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo como se describe anteriormente* • *LASIK, INTACS, queratotomía radial y otros servicios de cirugías de refracción* • *Refracciones, que incluyen aquellas realizadas durante un examen de la vista relacionado con una afección médica específica, excepto según lo descrito anteriormente*	*Todos los cargos*
Cuidado de los pies	
Cuidado de rutina de los pies cuando está en tratamiento activo por una metabolopatía o insuficiencia venosa periférica, como la diabetes Notas: • Para conocer las visitas al consultorio correspondientes, consulte la página 39. • Consulte la sección *Dispositivos protésicos y ortopédicos* en la página 55, que incluye información sobre plantillas para calzado podiátrico. • Consulte la Sección 5(b) en la página 60 para conocer nuestra cobertura para procedimientos quirúrgicos.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Cuidado de rutina de los pies, como cortar las uñas, retocar o quitar durezas, callos o el borde libre de las uñas de los pies, así como tratamientos similares de rutina de afecciones del pie, excepto según lo especificado anteriormente*	*Todos los cargos*

Descripción de los beneficios	Usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos	
Elementos ortopédicos y prótesis, como los siguientes: • Miembros ortopédicos y prótesis oculares • Ortesis funcionales para pie cuando son recetadas por un médico • Dispositivos rígidos adosados al pie o a un elemento ortopédico, o colocados en el calzado • Reemplazo, reparación y ajuste de los dispositivos cubiertos • Luego de una mastectomía, prótesis mamarias y sostenes quirúrgicos, incluidos los reemplazos necesarios • Prótesis peneanas implantadas quirúrgicamente para tratar la disfunción eréctil o como parte de un plan aprobado para la cirugía de reasignación de género • Implantes quirúrgicos Nota: **Una prótesis** es un dispositivo que se inserta quirúrgicamente o se adosa físicamente al cuerpo para restaurar una función corporal o reemplazar una parte del cuerpo. Proporcionamos beneficios hospitalarios para dispositivos protésicos internos, como prótesis articulares, marcapasos, implantes cocleares e implantes de mamas colocados quirúrgicamente tras una mastectomía; consulte la Sección 5(c) para obtener información sobre pagos. El implante de un dispositivo se paga como cirugía; consulte la Sección 5(b).	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Calzado (incluye calzados para diabéticos)* • *Ortesis de venta libre* • *Soportes para arco* • *Almohadillas para talón y taloneras* • *Pelucas (incluidas prótesis craneales)* • *Audífonos, incluidos los audífonos implantados en el hueso, accesorios o suministros (incluidos controles remoto y paquetes de garantía) y todos los servicios relacionados*	*Todos los cargos*
Equipo médico duradero (DME)	
El equipo médico duradero (DME) son equipos y suministros con las siguientes características: 1. Fueron indicados por el médico a cargo de su atención (es decir, el médico que lo está tratando por su enfermedad o lesión). 2. Son médicamente necesarios. 3. Se utilizan principal y habitualmente solo con fines médicos. 4. Por lo general, son útiles solo para una persona con una enfermedad o lesión. 5. Fueron diseñados para uso prolongado. 6. Cumplen un objetivo terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. Cubrimos el alquiler o la compra, a nuestra opción, incluida la reparación y el ajuste, del equipo médico duradero. En estos beneficios, cubrimos además lo siguiente: • Equipos para diálisis en el hogar • Equipos de oxígeno • Camas de hospital • Sillas de ruedas	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Equipo médico duradero (DME) (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Equipo médico duradero (DME) (continuación)	
• Muletas • Andadores • Aparatos de movimiento pasivo continuo (continuous passive motion, CPM) • Aparatos de craneoplastía ortótica dinámica (dynamic orthotic cranioplasty, DOC) • Bombas de insulina • Otros equipos que clasifiquemos como DME, como, por ejemplo, medias de compresión • **Los DME de especialidad*** incluyen lo siguiente**:** - Camas de hospital especializadas - Sillas de ruedas de lujo, sillas de ruedas eléctricas y dispositivos de movilidad, incluidas las motonetas y los suministros relacionados Nota: Cubrimos los DME de acuerdo con los niveles de beneficios preferidos únicamente cuando utiliza un proveedor de DME preferido. Los médicos, los centros de salud y las farmacias preferidos no necesariamente son proveedores de DME preferidos. ***Se requiere aprobación previa.**	Consulte la página anterior.
• Dispositivos de generación del habla, con un límite de $625 por año calendario	Cualquier monto superior a $625 por año (sin deducible)
No están cubiertos: • *Equipos de ejercicio y para el baño* • *Modificaciones, reemplazos o actualizaciones para vehículos* • *Modificaciones, mejoras o incorporaciones en el hogar* • *Elevadores, como elevadores de asientos, sillas o para camionetas* • *Asientos para el automóvil* • *Suministros para la diabetes, excepto según lo descrito en la Sección 5(f) o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario* • *Equipos de aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores y purificadores* • *Sacaleches, excepto según lo descrito en la página 49* • *Equipos o dispositivos y accesorios de ayuda para la comunicación (incluidos equipos computarizados), como los "equipos de comunicación por imágenes" (story boards) u otros medios auxiliares para ayudar a las personas que tienen trastornos de la comunicación (excepto los dispositivos de generación del habla que figuran anteriormente)* • *Equipos para fines estéticos* • *Terapia de oxigenación hiperbárica tópica (topical hyperbaric oxygen therapy, THBO)*	*Todos los cargos*
Suministros médicos	
Los suministros médicos cubiertos incluyen los siguientes: • Alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas Nota: Consulte la página 134 para obtener la definición de alimentos medicinales. • Suministros para ostomía y catéteres	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Suministros médicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Suministros médicos (continuación)	
• Oxígeno Nota: Cuando le factura un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, pagamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para oxígeno, según el estado contractual del centro de salud. Consulte la página 80 para conocer los servicios para pacientes ambulatorios recibidos mientras el paciente está en un centro de enfermería especializada. • Sangre y plasma sanguíneo, excepto cuando sean donados o por reemplazo, y expansores del plasma sanguíneo Nota: Cubrimos suministros médicos de acuerdo con los niveles de beneficios preferidos únicamente cuando utiliza un proveedor de suministros médicos preferido. Los médicos, los centros de salud y las farmacias preferidos no necesariamente son proveedores de suministros médicos preferidos.	Consulte la página anterior.
No están cubiertos: • *Fórmulas para bebés utilizadas como un sustituto de la leche materna* • *Suministros para la diabetes, excepto según lo descrito en la Sección 5(f) o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario* • *Alimentos medicinales administrados oralmente, excepto según lo descrito en la Sección 5(f)*	*Todos los cargos*
Servicios de atención médica a domicilio	
Atención de enfermería (especializada) domiciliaria durante dos horas por día con un límite de 10 visitas en las siguientes circunstancias: • Un enfermero registrado (Registered Nurse, RN) o auxiliar de enfermería con licencia (Licensed Practical Nurse, LPN) provee los servicios. • La atención es indicada por un médico.	Preferido: $25 de copago por visita (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").
No están cubiertos: • *Atención de enfermería solicitada por el paciente o su familia, o para comodidad de este o su familia* • *Servicios utilizados principalmente para bañar, alimentar, ejercitar, mover al paciente, hacer las tareas domésticas, administrar los medicamentos o acompañar o cuidar al paciente* • *Servicios proporcionados por un enfermero, asistente de enfermería, auxiliar de la salud u otra persona con licencia similar o sin licencia, facturados por un centro de enfermería especializada, centro de salud para atención prolongada o residencia con servicios de enfermería* • *Enfermería privada*	*Todos los cargos*
Tratamiento alternativo/de manipulación	
Los beneficios para tratamiento manipulativo y acupuntura están sujetos a un límite combinado de 10 visitas por persona por año calendario. • La acupuntura está cubierta cuando es realizada y facturada por un proveedor de atención médica con licencia o certificación para realizar acupuntura emitida por el estado donde se prestan los servicios y que actúa dentro del alcance de dicha licencia o certificación. Consulte la página 16 para obtener más información. Nota: Consulte la página 71 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para cirugías cubiertas.	Preferido: $25 de copago por visita (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").

Tratamiento alternativo/de manipulación (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Tratamiento alternativo/de manipulación (continuación)	
Nota: Consulte la página 48 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para atención por maternidad cubierta. • El tratamiento de manipulación se limita a lo siguiente: - Tratamiento de manipulación osteopático para cualquier zona del cuerpo - Tratamiento de manipulación de la columna vertebral o extraespinal quiropráctico Consulte la Sección 5(c) en la página 78 para obtener información sobre nuestros beneficios en centros de salud.	Consulte la página anterior.
No están cubiertos: • *Biorregulación* • *Servicios de autoayuda o cursos de superación personal*	*Todos los cargos*
Clases y programas educativos	
• Tratamiento para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico, que incluye: - Orientación individual para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico Nota: Los beneficios no se encuentran disponibles para orientación grupal. - Clases para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico Nota: Consulte la Sección 5(f) para conocer nuestra cobertura de medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico.	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
• Asesoramiento sobre diabetes Nota: Consulte las páginas 40, 43 y 47 para conocer nuestra cobertura de servicios de orientación nutricional que no forman parte del programa de asesoramiento sobre diabetes.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Servicios para matrimonios, familias, educativos u otros servicios de orientación o capacitación, o de análisis conductual aplicado (ABA), cuando se presten como parte de una clase o programa de educación* • *Clases sobre síndrome premenstrual (Premenstrual Syndrome, PMS), lactancia (excepto según lo descrito en la página 48), dolores de cabeza, trastornos alimenticios (excepto según lo descrito en la página 40) y otras clases educativas* • *Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital como parte de una estadía cubierta como paciente hospitalizado* • *Servicios prestados o facturados por una escuela o un centro de rehabilitación, o por un miembro de su personal*	*Todos los cargos*

Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención médica facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención médica por su atención quirúrgica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con el centro de salud (es decir, el hospital, el centro de cirugía, etc.).
- Los beneficios por determinados medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en toda la vida por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtiene de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. De allí en adelante, debe usar una farmacia preferida. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 95 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad a través de una farmacia preferida. Los medicamentos restringidos en virtud de este beneficio están disponibles en la Lista de medicamentos de especialidad de FEP Blue Focus. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para servicios como cirugía por obesidad mórbida; corrección quirúrgica de anomalías congénitas; y cirugías maxilofaciales bucales/cirugía de maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, y procedimientos relacionados.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para todos los procedimientos quirúrgicos de trasplante de órganos (excepto trasplantes de riñón y córnea); y si su procedimiento quirúrgico requiere admisión como paciente hospitalizado, DEBE OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA. Consulte la información sobre aprobación y certificación previas que figura en la Sección 3 para cerciorarse de cuáles son los servicios que necesitan aprobación o certificación previas.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación de género. Antes de cualquier cirugía de reasignación de género, su proveedor debe enviar un plan de tratamiento que incluya todas las cirugías planificadas y la fecha estimada en la que se realizará cada una. Debe obtenerse una nueva aprobación previa si el plan de tratamiento se aprueba y su proveedor más tarde modifica el plan (lo que incluye cambios en los procedimientos que se realizarán o las fechas previstas de los procedimientos). Consulte las páginas 20 y 61 para obtener más información. Si su procedimiento quirúrgico requiere una admisión como paciente hospitalizado, TAMBIÉN DEBE OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA de la atención de pacientes hospitalizados.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS; EL INCUMPLIMIENTO DARÁ COMO RESULTADO UNA MULTA DE $100.** Consulte las páginas 19 a 22 de la Sección 3 para obtener una lista completa de los servicios que requieren aprobación previa.
- Cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos que añaden tiempo o complejidad a la atención del paciente durante la misma sesión quirúrgica, el Plan Local determina nuestra cantidad autorizada para la combinación de procedimientos quirúrgicos múltiples, bilaterales o imprevistos. Por lo general, autorizaremos un monto reducido para los procedimientos que no sean el procedimiento principal.
- No pagamos adicionales por procedimientos "imprevistos" (aquellos que no añaden tiempo ni complejidad a la atención al paciente).
- **Cuando existen circunstancias inusuales en las que un médico distinto del que los aplicó debe retirar un yeso o suturas**, el Plan Local puede determinar que corresponde el pago de una cantidad autorizada por separado.
- El deducible por año calendario es de $500 por persona ($1,000 para inscripciones del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia). El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Agregamos "(Sin deducible)" para indicar que no se aplica el deducible por año calendario.

- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.**
- Ofrecemos beneficios a los niveles de beneficios preferidos para servicios prestados en centros de salud preferidos por radiólogos, anestesistas, enfermeros anestesistas registrados certificados (certified registered nurse anesthetists, CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los cirujanos asistentes en el consultorio del médico) no preferidos. Usted es responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Decimos "(Sin deducible)" cuando no se aplica el deducible.	
Procedimientos quirúrgicos	
Una amplia variedad de servicios, como los siguientes: • Intervenciones quirúrgicas • Cirujanos asistentes/asistencia quirúrgica, en caso de ser necesarios debido a la complejidad de los procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas y dislocaciones, incluida la colocación del yeso • Atención preoperatoria y posoperatoria normal por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Colonoscopía, con o sin biopsia Nota: Se aplican beneficios de atención preventiva a los cargos profesionales para su primera colonoscopía cubierta del año calendario (consulte la página 42). Proporcionamos beneficios como se describe aquí por procedimientos de colonoscopía subsiguientes realizados por un proveedor profesional en el mismo año. • Procedimientos endoscópicos • Inyecciones • Procedimientos de biopsias • Extracción de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (consulte la sección *Cirugía reconstructiva* en la página 63) • Tratamiento de quemaduras • Circuncisión masculina • Colocación de dispositivos protésicos internos Consulte la Sección 5(a), *Dispositivos protésicos y ortopédicos*, y el apartado "Otros servicios y suministros hospitalarios" de la Sección 5(c), *Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados*, para conocer nuestra cobertura del dispositivo. • **Los beneficios de la cirugía de reasignación de género** se limitan a los siguientes: - Para la cirugía de paso de mujer a hombre: mastectomía, histerectomía, vaginectomía, salpingoovariectomía, metoidioplastía, faloplastía, uretroplastía, escrotoplastía, electrólisis (eliminación del vello en el lugar de la operación) y colocación de prótesis testicular y eréctil - Para la cirugía de paso de hombre a mujer: penectomía, orquiectomía, vaginoplastía, clitoroplastía, labioplastía y electrólisis (eliminación del vello en el lugar de la operación) Notas: • Se necesita aprobación previa para la cirugía de reasignación de género. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la página 20.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	
• Los beneficios para la cirugía de reasignación de género se limitan a uno por procedimiento cubierto, de por vida. Los beneficios no están disponibles para procedimientos repetidos o de revisión cuando los beneficios se proporcionaron para el procedimiento inicial. Los beneficios no están disponibles para la cirugía de reasignación de género por cualquier afección distinta de la disforia de género. • La cirugía de reasignación de género con hospitalización o en forma ambulatoria está sujeta a los requisitos prequirúrgicos mencionados a continuación. **El miembro debe cumplir con todos los requisitos**. - **Se debe obtener aprobación previa.** - **El miembro debe tener, al menos, 18 años en el momento en que se solicita la aprobación previa y se presenta el plan de tratamiento.** - Un profesional de atención médica calificado debe realizar el diagnóstico de disforia de género. • La nueva identidad de género ha estado presente durante, al menos, 24 meses seguidos. • El miembro tiene un fuerte deseo de librarse de las características sexuales primarias o secundarias debido a la marcada incongruencia con el género identificado del miembro. • La disforia de género del miembro no es un síntoma de otro trastorno mental o anomalía cromosómica. • La disforia de género provoca estrés clínico o afectación en áreas sociales, ocupaciones u otras áreas importantes de la vida. - El miembro debe cumplir los siguientes criterios: • Debe vivir 12 meses de experiencia continua en la vida real y a tiempo completo en el género deseado (incluido lugar de empleo, actividades familiares, sociales y comunitarias). • Debe asistir durante 12 meses a terapia hormonal continua adecuada para la identidad de género del miembro. • Debe presentar dos cartas de derivación de profesionales de salud mental calificados: una debe ser de un psicoterapeuta que ha tratado al miembro durante, al menos, 12 meses. Las cartas deben documentar lo siguiente: diagnóstico de disforia de género persistente y crónica; estabilidad de cualquier afección concomitante existente; preparación del miembro para someterse a la cirugía y comprensión de todos los aspectos prácticos de la cirugía planificada. • Si hay preocupaciones de salud médica o mental, están siendo abordadas de forma óptima y están razonablemente bien controladas.	Consulte la página anterior.
Procedimientos para tratar la obesidad mórbida (afección en la que una persona tiene un índice de masa corporal [IMC] de 40 o más, o bien una persona con un IMC de 35 o más, con una o más comorbilidades): los miembros elegibles deben tener 18 años o más y el procedimiento debe realizarse en un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center for Comprehensive Bariatric Surgery. • Los beneficios están disponibles solo para los siguientes procedimientos: - Procedimiento en Y de Roux - Baipás gástrico - Banda gástrica ajustable por vía laparoscópica - Gastrectomía en manga - Baipás biliopancreático con interrupción duodenal	Cuando se realiza en un centro Blue Distinction Center for Comprehensive Bariatric Surgery: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	
Notas: • **Los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida están sujetos a los requisitos** enumerados a continuación. • Cuando los procedimientos se realizan durante una admisión como paciente hospitalizado, también se requiere una certificación previa; consulte la página 19 para obtener más información. • **Se requiere aprobación previa para la cirugía ambulatoria para obesidad mórbida.** Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la página 20. **Requisitos para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida:** • Los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, realizado como paciente hospitalizado o ambulatorio, están sujetos a los requisitos prequirúrgicos que se enumeran a continuación. **El miembro debe cumplir con todos los requisitos.** - Se le ha diagnosticado obesidad mórbida (según la definición de la página 61) durante un período de 1 año antes de la cirugía. - Debe participar en un programa para perder peso con supervisión médica, incluida la orientación nutricional, durante al menos 3 meses anteriores a la fecha de la cirugía. (Nota: los beneficios no están disponibles para programas comerciales para perder peso; consulte las páginas 43 y 47 para conocer nuestra cobertura de servicios de orientación nutricional). - Cuenta con la evaluación nutricional preoperatoria y orientación nutricional sobre nutrición, alimentación y ejercicio preoperatorios y posoperatorios. - Existe evidencia de que los intentos de perder peso en el período de 1 año anterior a la cirugía no han sido efectivos. - Tiene la autorización psicológica de la capacidad del miembro de comprender y cumplir con el programa preoperatorio y posoperatorio, basada en una evaluación psicológica realizada por un profesional con licencia en salud mental (consulte la página 88 para conocer nuestros niveles de pago por servicios de salud mental). - El miembro no ha fumado durante los 6 meses anteriores a la cirugía. - El miembro no ha sido tratado por trastornos por consumo de sustancias durante 1 año antes de la cirugía y no existe evidencia de trastornos por consumo de sustancias durante el período de 1 año anterior a la cirugía. • Los beneficios por cirugía futura para obesidad mórbida, realizada como paciente hospitalizado o ambulatorio, están sujetos a los siguientes requisitos prequirúrgicos adicionales: - Deben cumplirse nuevamente todos los criterios mencionados más arriba para el procedimiento inicial, excepto cuando la cirugía posterior sea necesaria para tratar una complicación derivada de la cirugía anterior para obesidad mórbida. - La cirugía anterior para obesidad mórbida se realizó, al menos, 2 años antes de la repetición del procedimiento. - La pérdida de peso del procedimiento inicial fue menor al 50% del exceso de peso corporal del miembro al momento del procedimiento inicial. - El miembro cumplió con el programa de nutrición y ejercicio posoperatorio indicado anteriormente. - Los reclamos por tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida deben incluir documentación del proveedor del miembro de que se cumple con todos los requisitos prequirúrgicos.	Consulte la página anterior.

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	
Notas: • Cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos que añaden tiempo o complejidad a la atención del paciente durante la misma sesión quirúrgica, el Plan Local determina nuestra cantidad autorizada para la combinación de procedimientos quirúrgicos múltiples, bilaterales o imprevistos. Por lo general, autorizaremos un monto reducido para los procedimientos que no sean el procedimiento principal. • No pagamos adicionales por procedimientos "imprevistos" (aquellos que no añaden tiempo ni complejidad a la atención al paciente). • Cuando existen circunstancias inusuales en las que un médico distinto del que los aplicó debe retirar un yeso o suturas, el Plan Local puede determinar que corresponde el pago de una cantidad autorizada por separado.	
No están cubiertos: • *Reversión de esterilización voluntaria* • *Servicios de un médico de reserva* • *Tratamiento quirúrgico de rutina para afecciones del pie (consulte la Sección 5(a), Cuidado de los pies)* • *Cirugía estética* • *LASIK, INTACS, queratotomía radial y otras cirugías de refracción* • *Cirugías relacionadas con la inadecuación sexual (excepto la colocación quirúrgica de una prótesis peneana para tratar la disfunción eréctil y las cirugías de reasignación de género específicamente mencionadas como cubiertas)* • *Reversión de cirugía de reasignación de género* • *Procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad mórbida cuando se realizan fuera de un centro Blue Distinction Center*	*Todos los cargos*
Cirugía reconstructiva	
Procedimientos de cirugía reconstructiva, limitados a los siguientes: • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una anomalía congénita (consulte la Sección 10, página 132, para ver la definición) • Tratamiento para restaurar la boca al estado previo al cáncer • Todas las etapas de la cirugía reconstructiva de la mama luego de una mastectomía, como las siguientes: - Cirugía para lograr un aspecto simétrico de los senos de la paciente - Tratamiento de cualquier complicación física, como edemas linfáticos Notas: • Las prótesis mamarias internas se pagan como dispositivos protésicos y ortopédicos; consulte la Sección 5(a). Consulte la Sección 5(c) cuando le facture un centro de salud. • Si necesita una mastectomía, puede optar por el procedimiento realizado como paciente hospitalizado y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento. • Cirugía de colocación de prótesis peneanas para tratar la disfunción eréctil	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Cirugía reconstructiva (continuación)	
No están cubiertos: • *Cirugía estética: cualquier intervención quirúrgica o cualquier parte de un procedimiento llevado a cabo principalmente para mejorar el aspecto físico a través de un cambio en la forma del cuerpo, a menos que sea necesario debido a una anomalía congénita o para restablecer o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una lesión accidental, una enfermedad o una cirugía (no se incluyen las anomalías relacionadas con los dientes ni las estructuras que sostienen los dientes)* • *Cirugías relacionadas con la disfunción sexual o la inadecuación sexual (excepto la colocación quirúrgica de una prótesis peneana para tratar la disfunción eréctil y las cirugías de reasignación de género específicamente mencionadas como cubiertas)* • *Reversión de cirugía de reasignación de género*	*Todos los cargos*
Cirugía bucal y maxilofacial	
Los procedimientos quirúrgicos bucales, cuando **tienen aprobación previa**, se limitan a lo siguiente: • Extracción de tumores y quistes en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca cuando es necesario un examen patológico • Cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente (consulte la sección *Definiciones* en la página 131) en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca • Extirpación de exostosis en los maxilares y el paladar duro • Incisión y drenaje de abscesos y celulitis • Incisión y tratamiento quirúrgico de los senos paranasales, las glándulas o los conductos salivales • Reducción de dislocaciones y escisión de articulaciones temporomandibulares • Extracción de dientes retenidos Notas: • Consulte la página 20 para obtener más información sobre la aprobación previa. • **Se necesita aprobación previa para la cirugía bucal/maxilofacial**, excepto cuando está relacionada con una lesión accidental y se proporciona en el plazo de 72 horas desde el accidente. Consulte la página 19 para obtener más información sobre la **aprobación previa**. • Llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para verificar que su proveedor sea preferido para ese tipo de atención (p. ej., cirugía bucal) que tiene programado recibir.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Implantes y trasplantes bucales, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)* • *Procedimientos quirúrgicos que incluyen los dientes o las estructuras que los sostienen (como la membrana periodontal, la encía y el hueso alveolar), excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)* • *Procedimientos quirúrgicos que incluyen implantes dentales o la preparación de la boca para el ajuste o uso permanente de dentaduras postizas, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)* • *Ortodoncia antes o después de una cirugía, o durante esta, excepto la ortodoncia asociada con la cirugía para corregir lesiones accidentales, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)*	*Todos los cargos*

Requisitos de aprobación previa para trasplantes de órganos/tejidos:

En el caso de los siguientes procedimientos de trasplante, debe obtener la aprobación previa (consulte las páginas 19 a 22) del Plan Local para el procedimiento y una certificación previa (consulte la página 19) para la admisión en el centro de salud. No se requiere aprobación previa para los trasplantes de riñón o trasplantes del tejido de la córnea. Se aplican requisitos de beneficios adicionales para la cobertura de determinados procedimientos de trasplante; consulte las páginas 68 y 69.

- Procedimientos de trasplante de células madre de la sangre o la médula ósea
  Nota: Consulte las páginas 67 y 68 para conocer los **requisitos adicionales** que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente como parte de un **ensayo clínico**.
- Autotrasplante de células de islote pancreático
- Trasplante de pulmón y corazón
- Trasplante de corazón
- Implantación de un corazón artificial como puente para un trasplante o una terapia de destino
- Trasplantes de intestino (intestino delgado con o sin otros órganos)
- Trasplante de hígado
- Trasplante de pulmón (simple, doble o de un lóbulo)
- Trasplante de páncreas
- Trasplante simultáneo de hígado y riñón
- Trasplante simultáneo de páncreas y riñón

Los trasplantes de órganos/tejidos cubiertos se enumeran en las páginas 68 y 69. Los beneficios están sujetos a la necesidad médica y al análisis experimental/de investigación, y a los requisitos de aprobación previa que se muestran arriba.

Además, los beneficios se encuentran disponibles solo para algunos trasplantes (y servicios relacionados cubiertos) cuando se realizan en un centro Blue Distinction Center o mediante un programa de trasplante aprobado por Medicare. Consulte las páginas 68 y 69 para obtener más información sobre los beneficios disponibles para los servicios que figuran a continuación. Los beneficios para la implantación de un corazón artificial como puente para un trasplante o una terapia de destino se encuentran disponibles solo cuando el centro de salud está designado como un centro Blue Distinction Center for Heart Transplants.

Deben realizarse en un centro Blue Distinction Center for Transplant	Deben realizarse en un programa de trasplante autorizado por Medicare	Deben realizarse en un hospital preferido por parte de un proveedor preferido
• Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea • Trasplantes de corazón • Trasplantes de hígado • Trasplantes de pulmón simple, doble o de un lóbulo en pacientes adultos • Trasplantes de páncreas en pacientes adultos • Trasplantes de páncreas después del riñón en pacientes adultos • Trasplantes simultáneos de hígado y riñón en pacientes adultos • Trasplantes simultáneos de páncreas y riñón en pacientes adultos	• Trasplantes de pulmón y corazón • Riñón • Intestinos • Trasplantes de páncreas en pacientes pediátricos • Trasplantes de pulmón en pacientes pediátricos	• Autotrasplantes de células de islote pancreático • Trasplantes de tejidos de la córnea • Trasplantes de páncreas después del riñón en pacientes pediátricos • Trasplantes simultáneos de hígado y riñón en pacientes pediátricos • Trasplantes simultáneos de páncreas y riñón en pacientes pediátricos

Nota: Consulte las páginas 19 a 22 para obtener información sobre la certificación previa para la atención de pacientes hospitalizados.

Los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea están cubiertos según lo descrito a continuación y en las páginas 67 y 68. Los beneficios se limitan a las etapas de los diagnósticos enumerados.

Los médicos consideran muchas características para determinar cómo responderán las enfermedades a diferentes tipos de tratamientos. Algunas de las características que se miden son la presencia o ausencia de cromosomas normales y anormales, la extensión de la enfermedad a través del cuerpo y con qué rapidez crecen las células del tumor. Al analizar estas y otras características, los médicos pueden determinar qué enfermedades pueden responder al tratamiento sin trasplante y qué enfermedades pueden responder a un trasplante. Para los diagnósticos enumerados en las páginas siguientes, el límite de la necesidad médica se considera satisfecho si el paciente cumple con la descripción de las etapas.

Notas:

- La cobertura para los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea descritos a continuación y en la parte superior de la página 68 incluye beneficios para aquellos trasplantes que se realizan en un ensayo clínico aprobado para tratar cualquiera de las afecciones enumeradas una vez obtenida la aprobación previa. Consulte la parte inferior de la página 67 y la parte superior de la página 68 para obtener información sobre los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos y los requisitos adicionales correspondientes.
- Consulte las páginas 123 y 124 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con ensayos clínicos.

Los siguientes trasplantes están cubiertos únicamente para el diagnóstico indicado para el procedimiento de trasplante.

Los beneficios para alotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea se encuentran disponibles únicamente para los diagnósticos que se indican a continuación:

- Leucemia linfocítica o no linfocítica (es decir, mielógena) aguda
- Leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic leukemia, CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (small lymphocytic lymphoma, SLL) con escasa respuesta a la terapia, corto tiempo de evolución, enfermedad transformada o enfermedad de alto riesgo
- Leucemia mielógena crónica
- Hemoglobinopatía (es decir, anemia de células falciformes, talasemia grave)
- Neuroblastoma de alto riesgo
- Linfoma de Hodgkin
- Osteoporosis infantil maligna
- Trastornos metabólicos hereditarios (p. ej., enfermedad de Gaucher, leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia, síndrome de Hurler y variantes del síndrome de Maroteaux-Lamy)
- Insuficiencia de la médula ósea (es decir, anemia aplásica grave o muy grave, anemia de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna [Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria, PNH], aplasia pura de células rojas, trombocitopenia congénita)
- Síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS)/neoplasias mieloproliferativas (myeloproliferative neoplasms, MPN) (p. ej., leucemia mielomonocítica crónica [chronic myelomonocytic leukemia, CMML])
- Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos (MDS)
- Neoplasias mieloproliferativas (MPN) (p. ej., policitemia vera, trombocitemia esencial, mielofibrosis primaria)
- Linfoma no Hodgkin (p. ej., macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma de células B, linfoma de Burkitt)
- Trastornos de las células plasmáticas (p. ej., mieloma múltiple, amiloidosis, síndrome de polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y cambios en la piel [polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal gammopathy, and skin changes, POEMS])
- Inmunodeficiencias primarias (p. ej., inmunodeficiencia combinada grave, síndrome de Wiskott-Aldrich, linfohistiocitosis hemofagocítica, síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X, síndrome de Kostmann, deficiencias de adhesión leucocitaria)

Notas:

- Consulte la página 65 para la aprobación previa y los requisitos del programa de trasplante del centro de salud que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.
- Consulte las páginas 67 y 68 para obtener información sobre los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos.

Los beneficios para autotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea se encuentran disponibles únicamente para los diagnósticos que se indican a continuación:

- Leucemia linfocítica o no linfocítica (es decir, mielógena) aguda
- Tumores embrionarios del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., tumor teratoideo/rabdoide atípico, tumores neuroectodérmicos primitivos [primitive neuroectodermal tumor, PNET], meduloblastoma, pineoblastoma, ependimoblastomas)
- Sarcoma de Ewing
- Tumores de células germinales (p. ej., tumores de células germinales testiculares)
- Neuroblastoma de alto riesgo
- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma no Hodgkin (p. ej., macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma de células B, linfoma de Burkitt)
- Trastornos de las células plasmáticas (p. ej., mieloma múltiple, amiloidosis, síndrome de polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y cambios en la piel [polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal gammopathy, and skin changes, POEMS])
- Esclerodermia

Notas:

- Consulte la página 65 para la aprobación previa y los requisitos del programa de trasplante del centro de salud que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.
- Consulte a continuación y la página 68 para obtener información sobre los **trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos.**

Ensayos clínicos:

Los ensayos clínicos son estudios de investigación en los que trabajan médicos y otros investigadores para encontrar maneras de mejorar la atención. Cada estudio pretende responder a preguntas científicas y descubrir mejores maneras de prevenir, diagnosticar o tratar a los pacientes. Un ensayo clínico tiene posibles beneficios al igual que riesgos. Cada ensayo tiene un protocolo que explica el propósito del ensayo, cómo se llevará a cabo, quiénes pueden participar y sus puntos iniciales y finales. Puede encontrar información acerca de los ensayos clínicos en www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials.

Aunque podamos indicar que los beneficios están disponibles para un tipo específico de ensayo clínico, es posible que usted no sea elegible para ser incorporado en estos ensayos o que no existan ensayos disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants para tratar su afección en el momento que busque ser incluido en un ensayo clínico. Si el médico le ha recomendado que participe en un ensayo clínico, le aconsejamos que se comunique con el Departamento de Administración de Casos de su Plan Local para obtener ayuda.

Trasplantes que pueden ser elegibles para ensayos clínicos:

Los beneficios para trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea se encuentran disponibles para los diagnósticos que figuran a continuación, **solo** cuando se realizan como parte de un **ensayo clínico** que cumpla con los criterios de aprobación previa del programa de trasplantes, descritos en la página 66, y los **requisitos** enumerados a continuación cuando se encuentra disponible un ensayo clínico para el diagnóstico en un centro Blue Distinction Center, y si usted reúne los criterios de inclusión en el ensayo clínico:

- Alotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea en los siguientes casos:
  - Cáncer de mama
  - Cáncer de colon
  - Epidermólisis ampollosa
  - Tumores gliales (p. ej., astrocitoma anaplásico, tumores del plexo coroideo, ependimoma, glioblastoma multiforme)
  - Cáncer de ovario
  - Cáncer de próstata
  - Carcinoma de células renales
  - Retinoblastoma
  - Rabdomiosarcoma
  - Sarcoma
  - Tumor de Wilm

- Trasplantes alogénicos de células madre de la sangre o la médula ósea o trasplantes autólogos de células madre de la sangre o la médula ósea en los siguientes casos:
  - Enfermedad autoinmune (limitada a esclerosis múltiple, esclerodermia, lupus eritematoso diseminado y polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica)
- Autotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para lo siguiente:
  - Enfermedad autoinmune (limitada a esclerosis múltiple, lupus eritematoso diseminado y polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica)
- Autotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para lo siguiente:
  - Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas (CLL/SLL)
  - Leucemia mielógena crónica
  - Tumores gliales (p. ej., astrocitoma anaplásico, tumores del plexo coroideo, ependimoma, glioblastoma multiforme)
  - Retinoblastoma
  - Rabdomiosarcoma
  - Tumor de Wilm y otros tipos de cáncer de riñón en niños

Nota: Es posible que no haya disponible un ensayo clínico de trasplantes para su afección. Si usted o su proveedor están considerando un ensayo clínico, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener asistencia para determinar si se encuentra disponible un ensayo clínico cubierto en un centro de salud cubierto.

Si no se encuentra disponible un ensayo clínico no aleatorio para un trasplante de células madre de la sangre o la médula ósea enumerado anteriormente que cumpla con los **requisitos** que figuran en las páginas 67 y 68 en un centro de salud cubierto cerca de su domicilio, haremos los arreglos para que el trasplante se realice en un programa de trasplante aprobado, si tiene a disposición un ensayo clínico y reúne los criterios de inclusión para participar en este.

Los beneficios para trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea se encuentran disponibles únicamente para los diagnósticos enumerados arriba solo cuando se realizan en un centro Blue Distinction Center for Transplants (consulte la página 17) como parte de un ensayo clínico que cumple con los siguientes requisitos:

- Debe comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener aprobación previa (consulte las páginas 19 a 22).
- El paciente debe estar debida y legalmente registrado en el ensayo clínico y cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del ensayo.
- En el caso de los procedimientos de trasplante enumerados anteriormente, el ensayo clínico debe ser revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional para el programa del centro Blue Distinction Center for Transplants donde se llevará a cabo el procedimiento.

Consulte las páginas 123 y 124 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con ensayos clínicos.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos/tejidos	
Los siguientes trasplantes **deben** realizarse en un centro **Blue Distinction Center for Transplants** (consulte la página 17 para obtener más información): • Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea (pacientes adultos y pediátricos) que figuran en las páginas 66 y 67 • Trasplantes de corazón (pacientes adultos y pediátricos) - Implantación de un corazón artificial como puente para un trasplante o una terapia de destino (cuando se realiza en un centro Blue Distinction Center for Heart Transplants) • Trasplantes de hígado (pacientes adultos y pediátricos) • Pulmón: - Para miembros con fibrosis quística terminal, los beneficios de trasplante de pulmón se limitan a trasplantes de ambos pulmones. • Trasplante de páncreas • Trasplantes de páncreas después del riñón (pacientes adultos) • Trasplantes simultáneos de hígado y riñón (pacientes adultos) • Trasplantes simultáneos de páncreas y riñón (pacientes adultos)	Cuando se realizan en un centro Blue Distinction Center for Transplants: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Todos los demás proveedores (participantes/no participantes): usted paga todos los cargos Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.

Trasplantes de órganos/tejidos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	
• Trasplantes de pulmón simple, doble o de un lóbulo (pacientes adultos) Nota: Para los servicios de trasplante relacionados cubiertos, consulte a continuación y la página 70.	Consulte la página anterior.
Los siguientes trasplantes no se encuentran disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants® y **deben** realizarse en un centro de salud preferido con un programa de trasplante aprobado por Medicare, si hubiera uno disponible (consulte la siguiente información): • Autotrasplante de células de islote pancreático (como un complemento de una pancreatectomía total o parcial) solo para pacientes con pancreatitis crónica • Trasplante de tejidos de la córnea • Trasplante de pulmón y corazón • Trasplantes de intestino (intestino delgado) y de intestino delgado e hígado o de intestino delgado y varios órganos como el hígado, el estómago y el páncreas • Trasplante de riñón • Trasplante de páncreas después del riñón (pacientes pediátricos) • Trasplante de páncreas (pacientes pediátricos) • Trasplante simultáneo de hígado y riñón (pacientes pediátricos) • Trasplante simultáneo de páncreas y riñón (pacientes pediátricos) • Trasplante de pulmón simple, doble o de un lóbulo (pacientes pediátricos) Notas: • Los **trasplantes de órganos** que no se encuentran disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants se deben realizar en un centro de salud que cuente con un programa de trasplante aprobado por Medicare para el tipo de trasplante previsto. Los trasplantes que incluyen más de un órgano se deben realizar en un centro de salud que ofrezca un programa de trasplante aprobado por Medicare para cada órgano trasplantado. Comuníquese con su Plan Local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare. • Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un cierto tipo de procedimiento de trasplante de órgano, este requisito no se aplica, y usted puede utilizar cualquier centro de salud preferido que realice el procedimiento. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órgano previsto, pero su centro de salud no está aprobado por Medicare para el procedimiento, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.
Servicios relacionados con trasplantes: • Extracción o reinfusión de células madre de la sangre o la médula ósea como parte de un alotrasplante o un autotrasplante cubierto • Recolección, conservación inmediata y almacenamiento de células madre cuando se ha programado o se prevé un autotrasplante de células madre de la sangre o la médula ósea en un plazo adecuado para pacientes que, al momento de la recolección, tenían un diagnóstico de una de las afecciones que figuran en las páginas 66 a 68 Nota: Los beneficios están disponibles para cargos relacionados con los honorarios por almacenamiento de células madre de la sangre o la médula ósea recolectadas para un autotrasplante cubierto de células madre que se ha programado o se prevé dentro de un plazo adecuado. No hay beneficios disponibles para ningún cargo relacionado con los honorarios por almacenamiento a largo plazo de células madre.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Trasplantes de órganos/tejidos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	
Servicios relacionados con trasplantes *(continuación)*: • Recolección, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre del cordón umbilical únicamente cuando se realiza como parte de un trasplante de células madre de la sangre o la médula ósea programado o previsto dentro de un plazo adecuado para pacientes que recibieron un diagnóstico de una de las afecciones que figuran en las páginas 66 a 68 • Gastos médicos y de atención hospitalaria cubiertos del donante, cuando cubrimos al receptor • Servicios o suministros cubiertos proporcionados al receptor • Pruebas de detección del donante de hasta tres posibles donantes que no sean hermanos de padre y madre (como sin parentesco), para cualquier posible donante que sea hermano de padre y madre, y del donante real utilizado para el trasplante Nota: Consulte la Sección 5(a) para conocer la cobertura para los servicios relacionados, como quimioterapia o terapia de radiación y medicamentos administrados para estimular o movilizar las células madre para los procedimientos de trasplante cubiertos.	Consulte la página anterior.
Beneficios para viajes: Los miembros que reciben atención cubierta en un centro **Blue Distinction Center for Transplants** para uno de los trasplantes enumerados en la página 68 pueden recibir un reembolso por los gastos de traslado en relación con el trasplante, sujeto a los criterios y las limitaciones descritas aquí. **Debe obtener la aprobación previa para los beneficios para viajes** (consulte la página 22).	Reembolsamos los gastos de transporte (aéreo, tren, autobús o taxi) y alojamiento si vive a cincuenta (50) millas o más del centro de salud, hasta un máximo de $5,000 por trasplante para el miembro y los acompañantes. El reembolso está sujeto a las normas del IRS.
No están cubiertos: • *Cualquier trasplante no detallado como cubierto y los trasplantes para cualquier diagnóstico no enumerados como cubiertos* • *Trasplantes realizados en un centro de salud que no sea el tipo de centro de salud requerido para el trasplante en particular (consulte la página 68 respecto de los trasplantes que deben realizarse en un centro Blue Distinction Center for Transplants y la página 69 para los trasplantes que deben realizarse en un programa de trasplante aprobado por Medicare)* • *Pruebas de detección del donante y gastos de búsqueda de donantes, incluidos los gastos de traslado asociados, excepto lo que se define arriba* • *Implantes de órganos artificiales, incluidos aquellos implantados como puente para un trasplante o una terapia de destino, excepto la implantación médicamente necesaria de un corazón artificial según lo descrito en la página 68* • *Implantación de un corazón artificial en un centro de salud no designado como un centro Blue Distinction Center for Heart Transplant* • *Alotrasplante de células de islote pancreático* • *Gastos de traslado relacionados con trasplantes cubiertos realizados en centros de salud que no sean centros Blue Distinction Centers for Transplants; gastos de traslado cuando no se ha obtenido la aprobación previa; gastos de traslado no incluidos dentro de las normas del IRS, como gastos de alimentos*	*Todos los cargos*

Descripción de los beneficios	Usted paga
Anestesia	
Los servicios de anestesia consisten en la administración por inyección o inhalación de un medicamento u otro agente anestésico (incluida la acupuntura) para lograr la relajación muscular, la pérdida de sensibilidad o la pérdida del conocimiento. Anestesia (incluida la acupuntura) para servicios médicos o quirúrgicos cubiertos cuando son solicitados por el médico a cargo del paciente y realizados por: • un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA); o • un médico distinto del médico (o del asistente) que realiza el procedimiento médico o quirúrgico cubierto. Servicios profesionales proporcionados en: • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento de atención ambulatoria de un hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Centro de tratamiento residencial • Consultorio Notas: • Los servicios de acupuntura para anestesia no se cuentan para el máximo anual del miembro. • Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago para los servicios de anestesia facturados por un centro de salud.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital u otro centro de salud, y servicios de ambulancia

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- **DEBE OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL. SI NO LO HACE, DEBERÁ PAGAR UNA MULTA DE $500.** Consulte nuestra información sobre la certificación previa que se incluye en la Sección 3 para cerciorarse de cuáles son los servicios que necesitan certificación previa.
- **DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTADÍAS EN CENTROS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL.** Consulte la información sobre la certificación previa que se incluye en la Sección 3.
- Nota: Los **servicios de observación** se facturan como atención en centros de salud para pacientes ambulatorios. Los beneficios por servicios de observación se proporcionan en los niveles de beneficios de centros de salud para pacientes ambulatorios que se describen en la página 77. Consulte las páginas 134 y 135 para obtener más información sobre estos tipos de servicios.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para servicios como cirugía por obesidad mórbida; corrección quirúrgica de anomalías congénitas; y cirugías maxilofaciales bucales/cirugía de maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, y procedimientos relacionados.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación de género.** Consulte la página 20 para leer sobre la aprobación previa y la página 60 para el beneficio quirúrgico.
- Cuando **SE REQUIERE APROBACIÓN PREVIA** para un procedimiento quirúrgico y la cirugía se realiza como paciente hospitalizado, **TAMBIÉN DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA** para la admisión como paciente hospitalizado.
- Debe tener en cuenta que algunos centros de salud preferidos (de la PPO) pueden tener proveedores profesionales no preferidos (que no pertenecen a la PPO) como miembros de su personal.
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.
  - Usted es responsable de los montos de los costos compartidos aplicables para la atención brindada y facturada por los proveedores profesionales preferidos en el departamento para pacientes ambulatorios en un hospital preferido.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención médica facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor o centro de salud factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por el centro de salud (es decir, el hospital o centro de cirugía) o servicio de ambulancia, por su cirugía o atención como paciente hospitalizado o ambulatorio. Todos los costos relacionados con los honorarios del profesional (es decir, médicos, etc.) se indican en las Secciones 5(a) o 5(b).
- El deducible por año calendario es de $500 por persona ($1,000 para inscripciones del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia).
- Los beneficios por determinados medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en toda la vida por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtiene de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. De allí en adelante, debe usar una farmacia preferida. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 95 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad a través de una farmacia preferida. Los medicamentos restringidos en virtud de este beneficio están disponibles en la Lista de medicamentos de especialidad de FEP Blue Focus. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Decimos "(Sin deducible)" cuando no se aplica el deducible.	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	
Habitación y comidas, como: • Habitación semiprivada o en cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales Nota: Cubrimos una habitación privada solo cuando debe estar aislado para prevenir contagios, cuando su aislamiento es exigido por la ley o cuando un hospital solo cuenta con habitaciones privadas. Otros servicios y suministros hospitalarios para pacientes hospitalizados, tales como: • Quirófano, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Fármacos y medicamentos con receta médica • Estudios de diagnóstico, servicios de radiología, análisis de laboratorio y servicios de patología • Administración de sangre o plasma sanguíneo • Servicios de vendajes, férulas, yesos y bandejas estériles • Dispositivos protésicos internos • Otros suministros y equipos médicos, incluido oxígeno • Anestésicos y servicios de anestesia • Elementos para llevar al hogar • Pruebas previas a la admisión reconocidas como parte del proceso de admisiones en el hospital • Orientación nutricional • Rehabilitación para pacientes hospitalizados agudos Nota: Los **servicios de observación** se facturan como atención en centros de salud para pacientes ambulatorios. Como resultado, los beneficios por servicios de observación se proporcionan en los niveles de beneficios de centros de salud para pacientes ambulatorios que se describen en la página 77. Consulte las páginas 134 y 135 para obtener más información sobre estos tipos de servicios. **A continuación, se enumeran algunas sugerencias para tener en cuenta:** • Si necesita quedarse en el hospital más tiempo del programado inicialmente, cubriremos una extensión de la estadía si es médicamente necesaria. Sin embargo, debe obtener certificación previa para la extensión de la estadía. Consulte la página 26 para obtener información sobre la solicitud de días adicionales. • Pagamos beneficios hospitalarios por una admisión relacionada con el tratamiento de niños hasta los 22 años con caries dentarias graves. Cubrimos hospitalizaciones para otros tipos de procedimientos dentales solo cuando existe una deficiencia física no dental que hace necesaria la hospitalización para salvaguardar la salud del paciente. Proporcionamos los beneficios para procedimientos dentales según se indica en la Sección 5(g). Notas: • Consulte las páginas 79 y 89 para obtener información sobre los centros de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados. • Consulte las páginas 74 a 76 para conocer otros servicios cubiertos relacionados con la maternidad. • Para obtener información sobre la atención de pacientes hospitalizados recibida en el extranjero, consulte la Sección 5(i) en la página 109.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)	
No están cubiertos: • *Admisión en centros de salud no cubiertos, como residencias con servicios de enfermería, centros de salud para atención prolongada/de enfermería especializada, escuelas o centros de tratamiento residencial (excepto según lo descrito en las páginas 79 y 89)* • *Artículos para comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería* • *Enfermería privada* • *Gastos de habitación y comida en el centro cuando, a nuestro criterio, la admisión o parte de la admisión comprende lo siguiente:* - *Atención de custodia o de largo plazo (consulte la sección* Definiciones*)* - *Atención de un paciente convaleciente o una cura de reposo* - *Atención a domicilio proporcionada debido a que no se dispone de atención en el hogar o a que esta es inadecuada* • *Atención que no sea médicamente necesaria, como la siguiente:* - *Casos en que los servicios no requirieron un ámbito de hospitalización para enfermos agudos (con estadía nocturna) y se podrían haber proporcionado adecuadamente y sin riesgos en un consultorio médico, en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o en otro ámbito, sin afectar negativamente su afección ni la calidad de la atención médica que recibe.* - *Admisiones destinadas o que consisten principalmente en la observación o evaluación del paciente, y que podrían haberse proporcionado adecuadamente y sin riesgo en otro ámbito (como un consultorio médico)* - *Admisiones que tienen como fin principal efectuar estudios de diagnóstico, servicios de radiología, análisis de laboratorio o servicios de patología que podrían haberse proporcionado adecuadamente y sin riesgo en otro ámbito (como el departamento de atención ambulatoria de un hospital o un consultorio médico)* *Nota: Si determinamos que el tipo de admisión como paciente hospitalizado es uno de los mencionados anteriormente, no proporcionaremos beneficios de habitación y comida para pacientes hospitalizados ni la atención médica para pacientes hospitalizados. Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los suministros o servicios cubiertos, excepto los beneficios de habitación y comida, y atención médica para pacientes hospitalizados en el nivel que los habríamos pagado si estos servicios se hubieran proporcionado al paciente en otro ámbito.* *Los beneficios se limitan a la atención proporcionada por centros de salud proveedores cubiertos (consulte las páginas 16 y 17).*	*Todos los cargos*
Maternidad: centro de salud	
Le recomendamos que nos notifique sobre su embarazo durante el primer trimestre; consulte la página 24.	Centros de salud preferidos: $1,500 de copago por embarazo (sin deducible)
Atención por maternidad (obstétrica), incluidas las afecciones relacionadas que dan lugar al parto o la interrupción espontánea del embarazo, como lo siguiente: • Atención en centros de salud para pacientes hospitalizados • Atención en centros de maternidad • Servicios que recibe de forma ambulatoria	Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos

Maternidad: centro de salud (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Maternidad: centro de salud (continuación)	
Notas: • Cubrimos hasta 4 visitas por año en total para tratar la depresión relacionada con el embarazo (es decir, la depresión durante el embarazo, la depresión posparto o ambas) cuando utiliza proveedores preferidos. Consulte la página 48. • Los beneficios de atención preventiva se aplican a la detección de sífilis en las miembros embarazas y al consumo no saludable de alcohol/sustancias cuando lo factura un centro de salud. Habitación y comidas, como: • Habitación semiprivada o en cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales Otros servicios y suministros hospitalarios para pacientes hospitalizados, tales como: • Administración de sangre o plasma sanguíneo • Anestésicos y servicios de anestesia • Educación sobre lactancia • Suministros y equipos médicos cubiertos, incluido oxígeno • Salas de parto, quirófano, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Estudios de diagnóstico, servicios de radiología, análisis de laboratorio y servicios de patología • Servicios de vendajes y bandejas estériles • Orientación nutricional • Fármacos y medicamentos con receta médica • Elementos para llevar al hogar A continuación, se enumeran algunas sugerencias para tener en cuenta: • No necesita certificación previa para su parto; consulte la página 26 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para usted o su bebé recién nacido. • Puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y hasta 96 horas después de una cesárea. Cubriremos una extensión de la estadía si fuera médicamente necesario. • Cubrimos la atención neonatal de rutina para hijos recién nacidos cuando se brinda durante la parte cubierta de la internación por maternidad de la madre y cuando lo factura el centro de salud. Cubrimos otro tipo de atención de un bebé recién nacido que requiera servicios profesionales o tratamiento no rutinario, solo si cubrimos al bebé recién nacido según la cobertura para el Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia. Los beneficios quirúrgicos se aplican a la circuncisión si son facturados por un proveedor profesional para un recién nacido varón. • Cuando un recién nacido necesita tratamiento definitivo durante la hospitalización de la madre o después de esta, el recién nacido se considera un paciente con derecho propio. En estos casos, se aplican los beneficios médicos o quirúrgicos normales en lugar de los beneficios por maternidad. • Consulte la página 60 para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión. • Nota: Para obtener información sobre la atención de pacientes hospitalizados recibida en el extranjero, consulte la Sección 5(i) en la página 109.	Consulte la página anterior.

Maternidad: centro de salud (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Maternidad: centro de salud (continuación)	
No están cubiertos: • *Sacaleches y bolsas de almacenamiento de leche, excepto según se indica en la página 49* • *Suministros para lactancia distintos de los incluidos en los kits sacaleches que se describen en la página 49, que incluyen ropa (p. ej., sostenes para amamantar), biberones u otros artículos para la comodidad o conveniencia personal (p. ej., almohadillas para lactancia)* • *Preparación para el parto, Lamaze y otras clases de preparación para el parto/para padres* • *Doula, acompañante para el nacimiento u otra persona de apoyo similar* • *Pruebas/exámenes de detección genéticos del padre del bebé (consulte la página 40 para conocer nuestra cobertura para las pruebas genéticas de diagnóstico médicamente necesarias)* • *Pruebas genéticas no enumeradas como cubiertas específicamente en las páginas 43 y 44* • *Atención por maternidad para miembros mujeres que no están inscritas en este Plan* • *Artículos para comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería* • *Enfermería privada* • *Procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término, o cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto* • *Terapia tocolítica y servicios relacionados provistos en forma ambulatoria*	*Todos los cargos*
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	
Servicios quirúrgicos y de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, como los siguientes: • Quirófano, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Anestésicos y servicios de anestesia • Pruebas prequirúrgicas realizadas en el término de un día hábil de la prestación de los servicios quirúrgicos cubiertos • Quimioterapia y terapia de radiación • Colonoscopía, con o sin biopsia Nota: Los beneficios de atención preventiva se aplican a los cargos del centro de salud para su primera colonoscopía cubierta del año calendario (consulte la página 42). Proporcionamos beneficios de diagnóstico para los servicios relacionados con procedimientos de colonoscopía subsiguientes realizados en el mismo año. • Terapia intravenosa (IV)/terapia de infusión • Diálisis renal • Visitas al departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para servicios de tratamiento que no sean de emergencia • Asesoramiento sobre diabetes • Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos • Sangre y plasma sanguíneo, si no es donado ni por reemplazo, y otros productos biológicos • Servicios de vendajes, férulas, yesos y bandejas estériles • Suministros del centro de salud para atención domiciliaria para hemofílicos • Otros suministros médicos, incluido el oxígeno • Implantes quirúrgicos	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos

Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	
• Rehabilitación cardíaca • Servicios de observación Nota: Todos los servicios ambulatorios facturados por el centro de salud durante el tiempo que reciba servicios de observación se incluyen en los montos de los costos compartidos que se muestran aquí. Consulte la Sección 5(a) para ver los servicios facturados por los proveedores profesionales durante la permanencia en observación y la página 73 para obtener información sobre los beneficios para admisiones como paciente hospitalizado. • Rehabilitación pulmonar • Visitas a la clínica en un hospital • Servicios y suministros hospitalarios para pacientes ambulatorios en relación con lo siguiente: - Tratamiento de niños de hasta 22 años con caries dentales graves - Procedimientos dentales únicamente cuando existe una deficiencia física no dental que requiere un hospital para salvaguardar la salud del paciente (consulte la Sección 5(g), *Beneficios dentales*, en la página 104) Notas: • Consulte las páginas 84 a 86 para conocer nuestros niveles de pago por la atención relacionada con emergencias médicas o lesiones accidentales. • Consulte las páginas 49 y 50 para conocer nuestra cobertura de servicios de planificación familiar. • Consulte la página 79 para conocer los medicamentos, dispositivos médicos y equipo médico duradero para pacientes ambulatorios facturados por un centro de salud. • Consulte la página 74 para conocer la atención por maternidad proporcionada en un centro de salud para pacientes ambulatorios.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios realizadas y facturadas por un centro de salud, como las siguientes: • Angiografías • Pruebas de densidad ósea • Tomografías computarizadas*/resonancias magnéticas*/tomografías por emisión de positrones* • Pruebas genéticas* Nota: Cubrimos las pruebas genéticas de diagnóstico especializado facturadas por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, como se muestra aquí. Consulte las páginas 43 y 44 para conocer los criterios de cobertura y las limitaciones. • Medicina nuclear • Estudios del sueño • Control cardiovascular • Electroencefalogramas • Ultrasonidos • Pruebas neurológicas • Radiografías (incluida la colocación del equipo portátil de radiografías) • Electrocardiogramas • Análisis de laboratorio y servicios de patología Nota: Para conocer la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios en relación con la maternidad, incluida la atención para pacientes ambulatorios en centros de maternidad, consulte el apartado *Maternidad: centro de salud* en la página 74 de esta sección. ***Se requiere aprobación previa.**	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): • Centros de salud miembros: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • Centros de salud no miembros: 30% de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada

Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	
Servicios de tratamiento y terapia para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente: • Terapia de rehabilitación cognitiva, limitada a 25 visitas por persona por año calendario • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla, limitadas a 25 visitas por persona, por año calendario para terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres • Tratamiento manipulativo y servicios de acupuntura, limitados a 10 visitas combinadas por persona. Notas: - Proporcionamos beneficios para los servicios de tratamiento de manipulación y acupuntura, según lo descrito en la página 57. - Consulte la página 71 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para cirugías cubiertas. - Consulte la página 75 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para atención por maternidad cubierta. Nota: Las limitaciones detalladas anteriormente son el total combinado, independientemente del tipo de proveedor o centro de salud cubierto que factura los servicios.	Centros de salud preferidos: $25 de copago por visita (sin deducible) Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para suministros o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").
Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente: • Análisis conductual aplicado (ABA) para pacientes ambulatorios* para un trastorno del espectro autista, realizado y facturado por un centro de salud, limitado a 200 horas por persona, por año calendario Nota: Las limitaciones detalladas son el total combinado, independientemente del tipo de proveedor o centro de salud cubierto que factura los servicios. ***Se requiere aprobación previa;** consulte las páginas 19 a 22 para conocer los requisitos de aprobación previa.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Atención preventiva de adultos para pacientes ambulatorios prestada y facturada por un centro de salud, limitada a lo siguiente: • Visitas/exámenes para atención preventiva, procedimientos de detección y vacunas de rutina que se describen en las páginas 41 a 46 • Pruebas de detección de cáncer que se enumeran en la página 42 y ultrasonido de detección para aneurisma aórtico abdominal Notas: • Consulte las páginas 43 y 44 para conocer nuestros requisitos de cobertura para las pruebas de BRCA preventivas. • Consulte las páginas 46 y 47 para conocer nuestros niveles de pago por los servicios de atención preventiva cubiertos para niños, facturados por los centros de salud y prestados en forma ambulatoria.	Centros de salud preferidos: Ninguno (sin deducible) Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): ninguno para pruebas de detección de cáncer y ultrasonido de detección para aneurisma aórtico abdominal Nota: Los beneficios no están disponibles para exámenes físicos de rutina en adultos, análisis de laboratorio asociados, colonoscopías o vacunas de rutina realizados en centros de salud no preferidos (miembros/no miembros).

Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	
Medicamentos, dispositivos médicos y equipo médico duradero para pacientes ambulatorios facturados por un centro de salud, como los siguientes: • Fármacos y medicamentos con receta médica Nota: Se cubren determinados medicamentos autoinyectables solo cuando se dispensan en una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Estos medicamentos estarán cubiertos una vez en la vida por categoría terapéutica de medicamentos cuando los dispense un proveedor de beneficios no de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 95 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad a través de una farmacia preferida. • Dispositivos protésicos y ortopédicos • Equipo médico duradero • Implantes quirúrgicos • Anticonceptivos orales y transdérmicos Nota: Eximimos los costos compartidos para anticonceptivos orales y transdérmicos cuando los adquiere en una farmacia minorista preferida; consulte la Sección 5(f) en la página 97.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Centro de tratamiento residencial	
Centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados: **Se requiere una certificación previa antes de la admisión.** Se debe desarrollar y acordar un plan de tratamiento preliminar y un plan de alta entre el miembro, el proveedor (centro de tratamiento residencial [RTC]) y el administrador de casos en el Plan Local donde se encuentra el RTC antes de la admisión. Cubrimos un total combinado de hasta 30 días por año calendario de atención de pacientes hospitalizados (afección médica o trastorno de salud mental y por consumo de sustancias) proporcionada y facturada por un RTC para los miembros inscritos y que están participando en la administración de casos a través del Plan Local, cuando es médicamente necesaria para el tratamiento de una afección médica o un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias: • Alojamiento y comida, como habitación semiprivada, cuidados de enfermería, comidas, dietas especiales, cargos accesorios y servicios de terapia cubiertos cuando son facturados por el centro de salud (consulte la página 89 de los servicios facturados por los proveedores profesionales). Notas: • Para obtener información sobre la atención de pacientes hospitalizados recibida en el extranjero, consulte la Sección 5(i) en la página 109. • Para obtener información sobre los servicios en centros de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios, consulte la página 90.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Servicios no cubiertos, como los siguientes: • *Biorregulación* • *Atención de custodia o de largo plazo (consulte la sección* Definiciones*)* • *Atención a domicilio proporcionada debido a que no se dispone de atención en el hogar o a que esta es inadecuada* • *Terapia educativa o clases educativas* • *Equinoterapia/hipoterapia proporcionada durante la estadía aprobada* • *Terapia recreativa* • *Atención de relevo*	*Todos los cargos*

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Centro de tratamiento residencial (continuación)	
• *Programas residenciales al aire libre* • *Programas Outward Bound* • *Artículos para comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicio de belleza y barbería* • *Servicios proporcionados fuera de la licencia o el alcance de la práctica del proveedor* *Nota: Los beneficios del centro de tratamiento residencial no están disponibles para centros de salud autorizados como un centro de enfermería especializada, hogar de grupo, centro de reinserción social o un centro de tipo similar.*	*Todos los cargos*
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada	
No hay beneficios para las admisiones en centros de atención prolongada o de enfermería especializada.	*Todos los cargos*
Hay beneficios disponibles para los siguientes servicios cubiertos cuando se brindan como servicios para pacientes ambulatorios y son facturados por un centro de enfermería especializada: • Oxígeno Nota: Consulte la Sección 5(f) sobre beneficios para medicamentos con receta médica.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Hay beneficios disponibles para los siguientes servicios profesionales cubiertos cuando se brindan como servicios para pacientes ambulatorios y son facturados por un centro de enfermería especializada: • Terapia de rehabilitación cognitiva, limitada a 25 visitas por año calendario, independientemente del proveedor que factura los servicios • Terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres, independientemente del proveedor o centro de salud que factura los servicios, limitadas a 25 visitas por persona, por año calendario	Preferido: $25 de copago por visita (sin deducible) No preferido (miembro/no miembro): usted paga todos los cargos Nota: Usted paga un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 131 para obtener más información sobre los "agentes").
No están cubiertos: • *Servicios de habitación y comida para pacientes hospitalizados facturados por un centro de enfermería especializada* • *Teléfono; televisión; artículos de comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, servicios de belleza y barbería; salidas/viajes recreativos, transporte en sillas de rueda o camilla; transporte en ambulancia que se solicita más allá del centro de salud más cercano adecuadamente equipado para tratar la afección del miembro, por el paciente o el médico para la continuidad de la atención u otra razón; cuidado de custodia o de largo plazo (consulte el apartado* Definiciones*); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado.*	*Todos los cargos*
Cuidados paliativos	
Los **cuidados paliativos** son un conjunto integrado de servicios y suministros diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de asistencia a miembros con una expectativa de vida de seis meses o menos debido a una enfermedad terminal, según lo certifique el proveedor de atención primaria o especialista del miembro.	Consulte las páginas 81 y 82

Cuidados paliativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Cuidados paliativos (continuación)	
No se requiere aprobación previa para los beneficios de inscripción previos a los cuidados paliativos. Antes de que comiencen los cuidados paliativos en el domicilio, los miembros pueden ser evaluados por un médico a fin de determinar si los cuidados paliativos en el domicilio son apropiados. Proporcionamos beneficios para visitas previas a la inscripción realizadas por un médico empleado por el centro de cuidados paliativos en el domicilio y cuando las facture el centro para el que trabaja el médico. La visita previa a la inscripción incluye servicios, como los siguientes: • Evaluación de la necesidad de manejar el dolor o los síntomas del miembro • Orientación acerca de los cuidados paliativos y otras opciones de atención	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Se necesita aprobación previa del Plan Local para todos los servicios de cuidados paliativos. Nuestra decisión de aprobación previa se basará en la necesidad médica del plan de tratamiento de cuidados paliativos y en la información clínica que nos proporcione el proveedor de atención primaria (o el especialista) y el proveedor de cuidados paliativos. También es probable que solicitemos información a otros proveedores que han tratado al miembro. Todos los servicios de cuidados paliativos deben ser facturados por el centro de cuidados paliativos aprobado. **Usted es responsable de cerciorarse de que el proveedor de cuidados paliativos haya recibido aprobación previa del Plan Local** (consulte las páginas 19 a 22 para conocer las instrucciones). Verifique con su Plan Local o ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) y obtener las listas de los proveedores preferidos de cuidados paliativos. Nota: Si la Parte A de Medicare es el pagador primario de los cuidados paliativos del miembro, no se necesita aprobación previa. Sin embargo, nuestros beneficios se limitarán a los servicios mencionados en esta sección. **Se sugiere a los miembros con una enfermedad terminal (o aquellos que actúan en nombre del miembro) que se comuniquen con el Departamento de Administración de Casos de su Plan Local para obtener información sobre los servicios de cuidados paliativos y proveedores preferidos de cuidados paliativos.**	
Servicios cubiertos: Proporcionamos beneficios para los cuidados paliativos enumerados a continuación cuando los servicios se han incluido en un plan aprobado de tratamiento de cuidados paliativos y son proporcionados por el programa de cuidados paliativos en el domicilio en el que está inscrito el miembro. • Planificación de atención avanzada (consulte la Sección 10 en la página 131) • Orientación sobre dietas • Alquiler de equipo médico duradero • Servicios médicos sociales • Suministros médicos • Atención de enfermería • Terapia de oxigenación • Visitas médicas periódicas • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla relacionadas con la enfermedad terminal • Fármacos y medicamentos con receta médica • Servicios de asistentes de enfermería en el domicilio (certificados o licenciados, si lo exige el estado, y proporcionados por el centro de cuidados paliativos en el domicilio)	Consulte la página 82.

Cuidados paliativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Cuidados paliativos (continuación)	
Atención tradicional de cuidados paliativos en el domicilio* Visitas periódicas al domicilio del miembro para el manejo de la enfermedad terminal y para proporcionar atención limitada al paciente en su domicilio. Un episodio de atención es un plan de tratamiento de cuidados paliativos en el domicilio por año calendario. Consulte la página 20 para conocer los requisitos de aprobación previa. ***Se requiere aprobación previa.**	Preferido: Ninguno (sin deducible) No preferido (miembro/no miembro): usted paga todos los cargos
Atención continua de cuidados paliativos en el domicilio* Servicios proporcionados en el domicilio a los miembros inscritos para cuidados paliativos en el domicilio durante un período de crisis, tales como ajustes frecuentes de la medicación para controlar síntomas o manejar un cambio significativo en la afección del miembro, que exijan un mínimo de 8 horas de atención durante cada período de 24 horas por parte de un enfermero registrado (RN) o auxiliar de enfermería con licencia (LPN) Nota: Los miembros deben recibir aprobación previa del Plan Local para cada episodio de atención continua de cuidados paliativos en el domicilio (consulte la página 20). Un episodio consiste en un máximo de siete días consecutivos de atención continua. El miembro debe estar inscrito en un programa de cuidados paliativos en el domicilio para recibir beneficios para atención continua de cuidados paliativos en el domicilio en el futuro, y los servicios deben ser proporcionados por dicho programa. ***Se requiere aprobación previa.**	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan No preferido (miembro/no miembro): usted paga todos los cargos
Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados* Los beneficios se encuentran disponibles para cuidados paliativos para pacientes hospitalizados cuando son proporcionados por un centro de salud con licencia para funcionar como centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y cuando ocurre lo siguiente: • Los servicios para pacientes hospitalizados son necesarios para controlar el dolor o manejar los síntomas del miembro. • La muerte es inminente. • Los servicios para pacientes hospitalizados son necesarios para proporcionar un intervalo de alivio (descanso) al cuidador. Nota: Los beneficios se proporcionan durante un máximo de 30 días consecutivos en un centro de salud con licencia para funcionar como centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. No es necesario que el miembro esté inscrito en un programa de cuidados paliativos en el domicilio a fin de poder ser elegible para la primera estadía como paciente hospitalizado. No obstante, el miembro debe estar inscrito en un programa de cuidados paliativos en el domicilio a fin de recibir los beneficios para las siguientes estadías como paciente hospitalizado. ***Se requiere aprobación previa.**	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan No preferido (miembro/no miembro): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Planificación de atención avanzada, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de cuidados paliativos cubierto (consulte la página 81)* • *Servicios domésticos* • *Cuidados paliativos en el domicilio (p. ej., la atención brindada por un auxiliar de la salud en el domicilio), proporcionados y facturados por otro centro diferente del centro de cuidados paliativos en el domicilio aprobado cuando dicho centro ya brinda el mismo tipo de atención*	*Todos los cargos*

Descripción de los beneficios	Usted paga
Ambulancia	
Servicios de transporte profesional en ambulancia desde o hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sean médicamente necesarios, más: • Servicios asociados con la atención de pacientes hospitalizados cubierta • Relacionados con una emergencia médica • Servicios asociados con cuidados paliativos cubiertos Notas: • También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieran servicios de transporte. • **Se requiere aprobación previa para todas las instancias de transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia.**	30% de la cantidad autorizada por el Plan
Servicios de transporte profesional en ambulancia desde o hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sean médicamente necesarios, y cuando se relacionen con la atención de su lesión accidental. Notas: • También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieran servicios de transporte. • Se requiere aprobación previa para todas las instancias de transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia.	Ninguno (sin deducible) Nota: Estos niveles de beneficio se aplican únicamente si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas de haberse producido. Para servicios recibidos después de 72 horas, consulte la explicación anterior.
Servicios de emergencia de transporte terrestre, aéreo y marítimo en ambulancia, cuando sea médicamente necesario, al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección si viaja fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. Nota: Si se encuentra en el extranjero y necesita ayuda con servicios de evacuación de emergencia al centro más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, comuníquese con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI, Inc.) llamando al centro con cobro revertido al 804-673-1678. Consulte la página 109 para obtener más información.	30% de la cantidad autorizada por el Plan
No están cubiertos: • *Servicios de transporte para sillas de ruedas o camillas* • *Ambulancia y otras formas de transporte desde o hasta los servicios, incluidos, entre otros, citas médicas, diálisis o pruebas de diagnóstico no asociadas con la atención en el hospital para pacientes hospitalizados cubierta* • *El transporte en ambulancia que sea solicitado, más allá del centro de salud más cercano adecuadamente equipado para tratar la afección del miembro, por el paciente o el médico para la continuidad de la atención u otra razón* • *Vuelos aéreos comerciales* • *Repatriación desde una ubicación internacional de regreso a Estados Unidos. Consulte la definición de repatriación en la Sección 10. Los miembros que viajan al extranjero deben considerar la compra de una póliza de seguro de viaje que cubra la repatriación a su país de origen.* • *Los costos asociados con el transporte marítimo o por aire en el extranjero, que no sea al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección.*	*Todos los cargos*

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Debe tener en cuenta que algunos hospitales preferidos (PPO) pueden tener proveedores profesionales no preferidos (no pertenecientes a una PPO) como miembros de su personal.
- **Debe utilizar proveedores preferidos a fin de recibir los beneficios, excepto en los casos de emergencias médicas o lesiones accidentales.** Consulte las pautas que aparecen a continuación para obtener información adicional.
- Brindamos beneficios en los niveles de beneficios preferidos para servicios de departamento de emergencias provistos por proveedores de una PPO y no pertenecientes a una PPO cuando sus servicios están relacionados con una lesión accidental o una emergencia médica. La cantidad autorizada por el Plan para estos servicios se determina según el estado contractual del proveedor. Nota: Para obtener información sobre la cantidad autorizada por el Plan, consulte el apartado *Definiciones* en las páginas 135 y 136. Cuando los servicios son brindados por proveedores profesionales no pertenecientes a una PPO en un centro de salud de la PPO, usted es responsable de sus costos compartidos para esos servicios y de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.
- El deducible por año calendario es de $500 por persona ($1,000 para inscripciones del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia).

¿Qué es una lesión accidental?

Una lesión accidental es una lesión causada por una fuerza o un agente externos, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata, incluidas mordidas de animales e intoxicaciones. (Consulte la Sección 5(g) para conocer la atención dental para lesiones accidentales).

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es la aparición repentina e inesperada de una afección o una lesión que cree que pone en riesgo su vida o que podría ocasionar una lesión o discapacidad grave y que requiere atención quirúrgica o médica inmediata. Algunos problemas son emergencias porque, si no son tratados de inmediato, podrían agravarse; entre los ejemplos se incluyen los cortes profundos y huesos fracturados. Otros son emergencias porque pueden poner en peligro su vida, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, envenenamiento, heridas de bala o la incapacidad repentina para respirar. Existen muchas afecciones agudas que podemos considerar emergencias médicas; lo que todas tienen en común es la necesidad de actuar con rapidez.

Le aconsejamos que solicite atención médica de proveedores preferidos en caso de una lesión accidental o una emergencia médica. Sin embargo, si necesita atención inmediata y no tiene acceso a un proveedor preferido, proporcionaremos beneficios para el tratamiento inicial que reciba en la sala de emergencias de cualquier hospital, aunque el hospital no sea un centro de salud preferido. También proporcionaremos beneficios si es admitido directamente en el hospital desde la sala de emergencias hasta que su afección se haya estabilizado. Asimismo, proporcionaremos beneficios por el transporte de emergencia en ambulancia proporcionado por proveedores preferidos o no preferidos de servicios de ambulancia si dicho transporte es consecuencia de una emergencia médica o una lesión accidental.

Proporcionamos beneficios de emergencia si tiene síntomas agudos lo suficientemente graves, incluido el dolor intenso, de tal grado que una persona prudente sin formación profesional que tenga nociones comunes sobre la salud y la medicina podría razonablemente prever que la ausencia de atención médica inmediata pondría en serio peligro la salud de la persona, o en el caso de una miembro embarazada, la salud de la miembro y del niño que está por nacer.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Decimos "(Sin deducible)" cuando no se aplica el deducible.	
Lesión accidental	
Cuando recibe atención por su lesión accidental en el plazo de 72 horas desde la lesión, cubrimos lo siguiente: • Servicios de **proveedores profesionales** en la sala de emergencias, el departamento de servicios ambulatorios de un hospital o el consultorio del proveedor, incluida la atención médica profesional, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional • Servicios y suministros **hospitalarios para pacientes ambulatorios**, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología cuando son facturados por el hospital • Servicios y suministros en un **centro de atención de urgencia**, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología cuando son facturados por el proveedor del centro de atención de urgencia Notas: • Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios. • Si es tratado por un proveedor profesional no perteneciente a una PPO en un centro de salud de la PPO, usted es responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado. • Consulte la Sección 5(g) para conocer los beneficios dentales para lesiones accidentales.	Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes): • Participante: Ninguno (sin deducible) • No participante: cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible) Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): • Miembro: Ninguno (sin deducible) • No miembro: Ninguno (sin deducible) Nota: Los beneficios descritos anteriormente se aplican únicamente si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas de haberse producido. Para servicios recibidos después de las 72 horas, se aplican los beneficios normales. Consulte las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer los beneficios que brindamos.
Cuando ingresa al hospital en el plazo de 72 horas desde una lesión accidental, su admisión como paciente hospitalizado está cubierta, independientemente de si el hospital forma parte de la red o no. Notas: • Consulte la Sección 5(c) para conocer los servicios relacionados con una admisión como paciente hospitalizado. • Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios.	30% de la cantidad autorizada por el Plan
Cuando ingresa al hospital en el plazo de 72 horas desde una lesión accidental, la atención profesional para pacientes hospitalizados que recibe está cubierta, independientemente de si el proveedor forma parte de la red o no. Notas: • Consulte la Sección 5(a) para conocer los servicios profesionales para pacientes hospitalizados. • Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios. • Consulte la Sección 5(a) en la página 38 para obtener información adicional. • Para obtener más información respecto de las excepciones de no proveedores, consulte la página 18.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros y no miembros): • Centros de salud miembros: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • Centros de salud no miembros: 30% de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada
No están cubiertos: • *Cirugía bucal, excepto según lo descrito en la Sección 5(b)* • *Lesiones sufridas en los dientes mientras come* • *Honorarios profesionales para salas de emergencias con diferenciales por turnos*	*Todos los cargos*

Descripción de los beneficios	Usted paga
Emergencia médica	
Los servicios y suministros médicos o quirúrgicos para pacientes ambulatorios relacionados con una emergencia médica incluyen lo siguiente: • **Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias**, incluida la atención médica profesional, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional • Servicios y suministros en la **sala de emergencias de un hospital** para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología cuando son facturados por el hospital Notas: • Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios. • Si es tratado por un proveedor profesional no perteneciente a una PPO en un centro de la PPO, usted es responsable de sus costos compartidos para los servicios y de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado. • Pagamos los beneficios para pacientes hospitalizados si es internado como resultado de una emergencia médica. Consulte la Sección 5(c). • Los niveles de beneficios normales se aplican a los servicios cubiertos prestados en ámbitos que no son una sala de emergencias. Consulte la Sección 5(c) para conocer estos beneficios.	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes): • Participante: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • No participante: 30% de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): • Centros de salud miembros: 30% de la cantidad autorizada por el Plan • Centros de salud no miembros: 30% de la cantidad autorizada por el Plan
• Servicios y suministros en un centro de atención de urgencia, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de laboratorio y patología cuando son facturados por el proveedor del centro de atención de urgencia. Nota: Los beneficios para muletas, férulas, aparatos ortopédicos, etc., cuando son facturados por un proveedor que no sea el centro de atención de urgencia se enumeran en la Sección 5(a) en las páginas 55 y 56.	Centro de atención de urgencia preferido: $25 de copago por visita (sin deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: Honorarios profesionales para salas de emergencias con diferenciales por turnos	*Todos los cargos*
Ambulancia	
Consulte la página 83 para conocer información sobre la cobertura y el beneficio de ambulancia completo.	

Sección 5(e). Beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Si tiene una afección aguda compleja o crónica, es posible que sea elegible para recibir los servicios de un administrador de casos profesional para que lo ayude con la evaluación, la planificación y la simplificación de la atención y las opciones de tratamiento personalizadas. Para obtener más información sobre el proceso de administración de casos, consulte la página 106. Llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación si tiene alguna pregunta o si desea tratar sus necesidades de atención médica.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Todos los años llevamos a cabo un análisis de los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento que se aplican a estos beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias del Plan en cumplimiento de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad ante la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act) (la Ley) y las normativas que implementan la Ley. Sobre la base de los resultados de este análisis, es posible que sugiramos cambios a los beneficios del programa para la OPM. Encontrará más información sobre la Ley en los siguientes sitios web del gobierno federal:
  https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet.html
  https://www.dol.gov/ebsa/mentalhealthparity/
  https://www.samhsa.gov/health-financing/implementation-mental-health-parity-addiction-equity-act
- **DEBE OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL O EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL. SI NO LO HACE, DEBERÁ PAGAR UNA MULTA DE $500**. Consulte la información sobre la certificación previa que se incluye en la Sección 3.
- El deducible por año calendario es de $500 por persona ($1,000 para inscripciones del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia). El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Agregamos "(Sin deducible)" para indicar que no se aplica el deducible por año calendario.
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.**
- Debe tener en cuenta que algunos hospitales de la PPO pueden tener proveedores profesionales que no pertenecen a la PPO como miembros de su personal.
- Hay un copago por visita de $10 para cada una de las primeras 10 visitas a un proveedor profesional por año calendario. Esto se aplica a un total combinado para afecciones médicas y por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Decimos "(Sin deducible)" cuando no se aplica el deducible.	
Servicios profesionales	
Cubrimos servicios profesionales proporcionados por profesionales con licencia en trastornos de salud mental y por consumo de sustancias cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia.	Sus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.

Servicios profesionales (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Servicios profesionales (continuación)	
Servicios proporcionados por profesionales con licencia en trastornos de salud mental y por consumo de sustancias cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia Servicios profesionales para pacientes ambulatorios, incluidos los siguientes: • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Administración farmacológica (medicamentos) • Visitas al consultorio • Visitas a la clínica • Visitas a domicilio Notas: • Cubrimos hasta 4 visitas por año en total para tratar la depresión relacionada con el embarazo en virtud de los beneficios de maternidad (es decir, la depresión durante el embarazo, la depresión posparto o ambas) cuando utiliza proveedores preferidos. Consulte la página 48. • Para localizar un proveedor preferido, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o comuníquese con su Plan Local al número de teléfono de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. • Consulte las páginas 58 y 100 para conocer nuestra cobertura del tratamiento para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico. Cubrimos servicios o suministros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios provistos y facturados por centros de tratamiento residencial en los niveles que se indican aquí. **Se requiere aprobación previa.**	Preferido: $10 de copago (sin deducible) por visita, hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas en la Sección 5(a), página 39) Proveedor preferido, visitas después de la 10.° visita: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Servicios de profesionales de telesalud para lo siguiente: • Orientación en salud conductual • Orientación para trastornos por consumo de sustancias Nota: Consulte la Sección 5(h), *Bienestar y otras características especiales*, para obtener información sobre los servicios de telesalud y cómo acceder a nuestra red de proveedores de telesalud.	Proveedor de telesalud preferido: nada (sin deducible) por las primeras 2 visitas por año calendario para cualquier servicio de telesalud cubierto recibido (los beneficios combinados con servicios de telesalud se enumeran en la Sección 5(a), página 39) $10 de copago por visita (sin deducible) después de la 2.° visita Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos
Servicios proporcionados por profesionales con licencia en trastornos de salud mental y por consumo de sustancias cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia: • Servicios profesionales para pacientes hospitalizados • Honorarios profesionales por tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en centros de salud • Honorarios profesionales por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas las pruebas psicológicas	Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Descripción de los beneficios	Usted paga
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados	
Los servicios de pacientes hospitalizados para tratar trastornos de salud mental o por consumo de sustancias prestados y facturados por un hospital u otro centro de salud cubierto (consulte a continuación por la atención en un centro de tratamiento residencial) incluyen los siguientes: • Habitación y comida, como habitación semiprivada o en cuidados intensivos, atención general de enfermería, comidas y dietas especiales, y otros servicios de hospital • Pruebas de diagnóstico Notas: • La atención de pacientes hospitalizados para tratar trastornos por consumo de sustancias incluye habitación y comidas, y todos los cargos secundarios por hospitalización en un hospital/centro de tratamiento de rehabilitación de alcoholismo o consumo de sustancias. • Debe obtener certificación previa para las estadías en el hospital como paciente hospitalizado. Si no lo hace, deberá pagar una multa de $500.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Centro de tratamiento residencial	
Se requiere una certificación previa antes de la admisión. Se debe desarrollar y acordar un plan de tratamiento preliminar y un plan de alta entre el miembro, el proveedor (centro de tratamiento residencial [RTC]) y el administrador de casos en el Plan Local donde se encuentra el RTC antes de la admisión. Cubrimos un total combinado de hasta 30 días por año calendario de atención de pacientes hospitalizados (afección médica o de salud mental) proporcionada y facturada por un RTC para los miembros inscritos y que están participando en la administración de casos a través del Plan Local, cuando es médicamente necesaria para el tratamiento de una afección médica o un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias: • Alojamiento y comida, como habitación semiprivada, cuidados de enfermería, comidas, dietas especiales, cargos accesorios y servicios de terapia cubiertos cuando son facturados por el centro de salud (consulte la página 88 de los servicios facturados por los proveedores profesionales) Notas: • Los beneficios de RTC no están disponibles para centros de salud autorizados como un centro de enfermería especializada, hogar de grupo, centro de reinserción social o un centro de tipo similar. • Los beneficios no están disponibles para los servicios no cubiertos, que incluyen lo siguiente: cuidado de relevo; programas residenciales al aire libre; servicios prestados fuera del alcance de la práctica del proveedor; terapia recreativa; terapia educativa; clases educativas; biorregulación; programas Outward Bound; hipoterapia/equinoterapia proporcionada durante la estadía autorizada; artículos de comodidad personal, tales como servicio de comida y cama, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería; cuidado de custodia o de largo plazo (consulte la sección *Definiciones*); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado. • Para obtener información sobre los servicios en centros de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios, consulte la página siguiente.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos

Descripción de los beneficios	Usted paga
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios	
Servicios para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro de salud cubierto • Pruebas de diagnóstico • Psicoterapia grupal • Psicoterapia individual • Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Hospitalización parcial • Administración farmacológica (medicamentos) • Pruebas psicológicas Nota: Cubrimos servicios o suministros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios provistos y facturados por centros de tratamiento residencial en los niveles que se indican aquí. **Se requiere aprobación previa.** El incumplimiento de la obtención de una aprobación previa dará como resultado una multa de $100.00. Consulte la página 22.	Centros de salud preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
No están cubiertos: • *Servicios para matrimonios, familias, educativos u otros servicios de orientación o capacitación* • *Servicios proporcionados por un proveedor no cubierto* • *Pruebas y tratamiento de problemas de aprendizaje y discapacidad intelectual* • *Servicios para pacientes hospitalizados provistos o facturados por centros de tratamiento residencial, excepto según lo descrito en las páginas 79 y 89* • *Servicios prestados o facturados por escuelas, centros de rehabilitación, residencias sociales o por miembros de su personal* *Nota: Cubrimos servicios profesionales según lo descrito en la página 16 cuando los presta y factura un proveedor profesional cubierto que preste servicios dentro del alcance de su licencia.* • *Psicoanálisis o psicoterapia que se considere a efectos del otorgamiento de títulos, para perfeccionamiento o capacitación, independientemente del diagnóstico o los síntomas presentes* • *Servicios prestados o facturados por campos residenciales terapéuticos (p. ej., campamentos al aire libre, Outward Bound, etc.)* • *Cajas de luz* • *Atención de custodia o de largo plazo (consulte la sección* Definiciones*)*	*Todos los cargos*

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos con receta médica

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Cubrimos medicamentos y suministros con receta médica, según se describe en el cuadro que comienza en la página 95.
- Si no existe un medicamento genérico disponible, deberá pagar el monto de los costos compartidos por la marca cuando reciba un medicamento de marca.
- Si existe una sustitución genérica disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, deberá hacerse cargo de los costos compartidos correspondientes, más la diferencia en los costos entre el medicamento genérico y el de marca.
- Si el costo de su receta es menor que su costo compartido, solo paga el costo de su receta.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Los beneficios para determinados medicamentos autoinyectables (autoadministrados) se proporcionan solo cuando son dispensados por una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Consulte la página 95 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos a través de una farmacia preferida.
- Los beneficios para determinados medicamentos autoinmunitarios para infusión (limitados a Remicade, Renflexis e Inflectra) están cubiertos únicamente cuando los medicamentos se obtienen por parte de un proveedor que no sea una farmacia, como un médico o un centro de salud (hospital o centro quirúrgico ambulatorio). Consulte el apartado *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección (página 102) para obtener más información.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Los precios de los medicamentos varían entre las diferentes farmacias minoristas y el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad. **Revise las opciones de compra de sus medicamentos con receta médica para obtener el mejor precio**. Tiene a su disposición una herramienta para calcular el costo de los medicamentos en www.fepblue.org o llame a:

  - **Programa de Farmacias Minoristas: 800-624-5060, TTY: 800-624-5077**

  - **Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad: 888-346-3731, TTY: 877-853-9549**

- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS, y la aprobación previa debe renovarse periódicamente**. La aprobación previa es parte de nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (Patient Safety and Quality Monitoring, PSQM). Consulte la página 94 para obtener más información sobre el programa PSQM y la Sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.
- Durante el año, podemos cambiar un medicamento de marca del Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos, medicamentos de especialidad genéricos preferidos y medicamentos de especialidad de marca preferidos) a un nivel sin cobertura si se dispone de un equivalente genérico o un medicamento biosimilar, o bien si surgen nuevas inquietudes sobre su seguridad. Si su medicamento pasa a un nivel sin cobertura, usted debe pagar el costo completo. Las reasignaciones de niveles durante el año no se consideran cambios de beneficios.
- Es posible que se aplique una restricción de farmacia para el uso clínicamente indebido de suministros y medicamentos con receta médica.
- **Debe utilizar farmacias minoristas preferidas o el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad para recibir beneficios.** Nuestra farmacia de medicamentos de especialidad es una farmacia preferida.
- No se aplica un deducible por año calendario para el Programa de Farmacias Minoristas ni para el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad.
- El formulario de FEP Blue Focus contiene una lista integral de medicamentos bajo todas las categorías terapéuticas con dos excepciones: algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos (consulte la página 101); también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. Consulte la página 93 para obtener más detalles.
- **El Plan de Beneficios de Servicio FEP Blue Focus de Blue Cross and Blue Shield utiliza un formulario cerrado; consulte la página 92.**

Le enviaremos a cada inscripto nuevo una tarjeta de identificación de FEP Blue Focus, que cubre los beneficios de atención médica y farmacia.

Existen puntos importantes que debe tener en cuenta. Estos incluyen lo siguiente:

- **Quién puede firmar sus recetas.** Un médico o dentista con licencia en los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., o, en los estados que lo permiten, un proveedor con licencia o certificación y con autoridad para emitir recetas, y que lo haga dentro del alcance de su práctica profesional, deben firmar sus recetas. Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre los medicamentos comprados en el extranjero.
- **Dónde puede obtenerlas.**
  Debe surtir las recetas solo en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad para recibir beneficios. Consulte la página 138 para conocer la definición de "medicamentos de especialidad". Para obtener información sobre los medicamentos con receta médica obtenidos de una farmacia minorista en el extranjero, consulte la página 110.

  El Programa de Farmacias Minoristas es administrado por CVS Caremark. Para obtener una lista de las farmacias minoristas preferidas, llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, o visite nuestro sitio web www.fepblue.org.

  Nota: Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo ante el Programa de Farmacias Minoristas para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 para conocer las instrucciones sobre cómo presentar reclamos para medicamentos con receta médica.

  El Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad es administrado por AllianceRx Walgreens Prime.

  Notas:
  - El Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad no surtirá su receta hasta que haya obtenido la aprobación previa. AllianceRx Walgreens Prime, el administrador del programa, conservará su receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, se le devolverá la receta junto con una carta que explique los procedimientos para obtener la aprobación previa.
  - Las farmacias minoristas preferidas pueden ofrecer opciones para pedir medicamentos con receta médica en línea. Los medicamentos pedidos en línea pueden entregarse en su hogar; estos pedidos en línea forman parte del Programa de Medicamentos con Receta Médica Minoristas que se describe en la página 95.
  - Debido a las restricciones del fabricante, solo se podrá acceder a una pequeña cantidad de medicamentos de especialidad para tratar afecciones raras o poco comunes solo a través de una farmacia minorista preferida. Consulte la página 100 para obtener información sobre sus costos compartidos para los medicamentos de especialidad comprados en una farmacia minorista preferida afectados por estas restricciones.

- **Qué incluye la cobertura.**
  Utilizamos un formulario cerrado.

  Si compra un medicamento que no está en el formulario, deberá pagar el costo completo de ese medicamento.

  El formulario de FEP Blue Focus incluye una lista de medicamentos preferidos que son seguros, eficaces y adecuados para nuestros miembros, y están disponibles a costos menores que otros medicamentos.

  Algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos (consulte la página 101); también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. Si usted compra un medicamento, suplemento nutricional o suministro que no está cubierto, será responsable del costo completo del artículo.

  Notas:
  - **Antes de surtir su receta, consulte el formulario de FEP Blue Focus y la asignación de nivel del medicamento. Con excepción de los cambios producidos por medicamentos nuevos o cuestiones de seguridad, la lista de medicamentos preferidos se actualiza periódicamente durante el año y esto no se considera un cambio en los beneficios.**

- El costo compartido del miembro para medicamentos con receta médica se determina por el nivel al que ha sido asignado un medicamento. A fin de determinar la asignación de niveles para los medicamentos incluidos en el formulario, trabajamos con nuestro Comité de Farmacia y Política Médica, un grupo de médicos y farmacéuticos que no son empleados ni agentes del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield ni tienen interés económico alguno en este. El Comité se reúne en forma trimestral para revisar los medicamentos nuevos y existentes a fin de ayudarnos en la asignación. Cuando se determina que los medicamentos tienen el mismo valor terapéutico y son similares en seguridad y eficacia, se evalúan de acuerdo con su costo. Las recomendaciones del Comité, junto con nuestra evaluación del costo relativo de los medicamentos, determinan la ubicación de los medicamentos incluidos en el formulario en un nivel específico. El uso de medicamentos genéricos preferidos de menor costo le brindará el beneficio de obtener un medicamento con receta médica de alta calidad y económico.

Su colaboración con nuestros esfuerzos por reducir los costos ayuda a que su prima se mantenga en un nivel asequible. Por lo general, nuestros niveles de pago se clasifican de la siguiente manera:

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos obtenidos en una farmacia minorista preferida
Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, medicamentos de especialidad genéricos preferidos y medicamentos de especialidad de marca preferidos obtenidos en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad

Puede consultar el formulario en nuestro sitio web en www.fepblue.org o puede llamar al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, para obtener asistencia. Si no encuentra su medicamento en el formulario ni en la lista de medicamentos preferidos, llame al 800-624-5060. Los cambios en el formulario no se consideran cambios en los beneficios.

Todos los ahorros que obtenemos en el costo de los medicamentos adquiridos a través de este Plan de los fabricantes de medicamentos se acreditan a las reservas de este Plan.

- **Equivalentes genéricos**
  Los equivalentes genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Al surtir sus recetas (o las de los miembros de su familia cubiertos por el Plan) en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad, autoriza al farmacéutico a sustituir el medicamento por cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la autoridad federal, a menos que usted o su médico soliciten específicamente un medicamento de marca. Sin embargo, si existe una sustitución genérica disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, deberá hacerse cargo de los costos compartidos correspondientes, más la diferencia en los costos entre el medicamento genérico y el de marca. Tenga en cuenta que los miembros de FEP Blue Focus **deben utilizar farmacias preferidas para recibir beneficios.** Consulte la página 133 para obtener más información sobre las alternativas genéricas y los equivalentes genéricos.

- Divulgación de información. Como parte de nuestra administración de los beneficios de medicamentos con receta médica, podemos divulgar información sobre la utilización de su medicamento con receta médica, incluidos los nombres de los médicos que firman su receta, a cualquier médico que lo trate o farmacia que surta medicamentos.

- **Estas son las limitaciones para surtir medicamentos**.
  Sujeto al empaque del fabricante y a las instrucciones del médico que recetó el medicamento, puede comprar un suministro de hasta 30 días o un suministro de 31 a 90 días de medicamentos y suministros cubiertos a través del Programa de Farmacias Minoristas, o bien un suministro de hasta 30 días a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad.
  Notas:
  - Algunos medicamentos, como los narcóticos, pueden tener límites o requisitos adicionales según lo establecido por la FDA de los EE. UU., o por las pautas científicas nacionales o de práctica médica (como los Centros para el Control de Enfermedades, la Asociación Médica Estadounidense, etc.), sobre las cantidades que puede surtir una farmacia. Además, las prácticas de surtido de las farmacias están reguladas por el estado en el que están ubicadas, y también pueden estar regidas por las disposiciones de cada farmacia en particular. Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se surten con el empaque original del fabricante, y no podemos cambiar la cantidad empacada, abrir o separar paquetes para crear suministros de 30 y 90 días con esos medicamentos. **En la mayoría de los casos, no se pueden obtener resurtidos hasta que no se haya usado el 75% de la receta. Las sustancias controladas no pueden resurtirse hasta que no se haya utilizado el 80% del medicamento con receta médica.**
    Las sustancias controladas son medicamentos que provocan dependencia física y mental, y que tienen restricciones respecto de cómo pueden surtirse y resurtirse. Están reglamentadas y clasificadas por la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration, DEA) en función de la probabilidad de causar dependencia que tienen. Llámenos o visite nuestro sitio web si tiene alguna pregunta acera de los límites para surtir medicamentos. Tenga en cuenta que, en el caso de una emergencia nacional o de otro tipo, o si es reservista o miembro de la Guardia Nacional y lo convocan al servicio militar activo, debe consultarnos sobre sus necesidades de medicamentos con receta médica. Consulte la información de contacto en la página 94.

- Los beneficios para determinados medicamentos autoinyectables (autoadministrados) se proporcionan solo cuando son dispensados por una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Los beneficios médicos se proporcionarán para una dosis única de por vida por categoría terapéutica de medicamentos dispensados por su proveedor o cualquier proveedor de beneficios no de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 95 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos a través de una farmacia preferida.
- Los beneficios para determinados medicamentos autoinmunitarios para infusión (Remicade, Renflexis e Inflectra) se brindan únicamente cuando los medicamentos se obtienen por parte de un proveedor que no sea una farmacia, como un médico o un centro de salud (hospital o centro quirúrgico ambulatorio). Consulte el apartado *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección (página 102) para obtener más información.

- **Información de contacto importante**
  - Programa de Farmacias Minoristas: 800-624-5060, TTY: 800-624-5077
  - Programa de Farmacias de Medicamentos de especialidad: 888-346-3731, TTY: 877-853-9549; o www.fepblue.org.

Programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM)

Contamos con un programa especial para promover la seguridad del paciente y controlar la calidad de la atención médica. Nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM) incluye un conjunto de programas estrechamente alineados con el fin de promover el uso seguro y adecuado de los medicamentos. Los siguientes son algunos ejemplos de estos programas:

- Aprobación previa: como se describe a continuación, este programa exige la aprobación para ciertos medicamentos con receta médica y suministros antes de que proporcionemos los beneficios para ellos.
- Controles de seguridad: antes de surtir su receta, verificamos la calidad y la seguridad respecto de las precauciones de uso, las interacciones de medicamentos, la duplicación de medicamentos, el uso excesivo y la frecuencia de resurtido.
- Cantidades autorizadas: las cantidades autorizadas específicas establecidas para varios medicamentos se basan en recomendaciones aprobadas por la FDA de los EE. UU., pautas sobre los estándares de práctica médica científicos nacionales y generalmente aceptados (como los Centros para el Control de Enfermedades, la Asociación Médica Estadounidense, etc.), y criterios del fabricante.

Para obtener más información sobre nuestro programa PSQM, incluidas las listas de medicamentos sujetos a aprobación previa o las cantidades autorizadas, visite nuestro sitio web en www.fepblue.org o llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077.

Aprobación previa

Como parte de nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM) (consulte la explicación anterior), **debe asegurarse de que su médico obtenga aprobación previa para ciertos medicamentos con receta médica y suministros para utilizar su cobertura de medicamentos con receta médica.** Al otorgarle la aprobación previa, podemos limitar los beneficios a las cantidades recetadas según los estándares de práctica médica, dental o psiquiátrica generalmente aceptados en los Estados Unidos. **La aprobación previa debe renovarse periódicamente.** Para obtener una lista de estos medicamentos y suministros, y conseguir los formularios de solicitud de aprobación previa, llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077. También puede obtener la lista y los formularios a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org. Lea la Sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.

Notas:

- Las listas de medicamentos y los suministros que requieren aprobación previa se actualizan periódicamente durante el año. Pueden agregarse medicamentos y suministros nuevos a la lista y pueden cambiar los criterios de aprobación previa. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.
- Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo ante el Programa de Farmacias Minoristas para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 para conocer las instrucciones sobre cómo presentar reclamos para medicamentos con receta médica.
- Es su responsabilidad saber la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa para su medicamento. Le recomendamos que trabaje con su médico para obtener la renovación de la aprobación previa antes de la fecha de vencimiento.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario no se aplica a los medicamentos con receta médica cubiertos, a menos que específicamente se indique "(se aplica el deducible)".	
Medicamentos y suministros cubiertos	
Farmacias minoristas preferidas **Medicamentos genéricos preferidos obtenidos en farmacias minoristas preferidas y farmacias minoristas en el extranjero:** **Nivel 1** Notas: • Consulte la Sección 5(i) en la página 110 para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero. • Para medicamentos con receta médica facturados por un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, proporcionamos beneficios conforme a lo estipulado en esta página para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista preferida, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos con receta médica al centro de salud sea una farmacia preferida.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: • $5 de copago por cada compra de un suministro de hasta 30 días • $15 de copago por cada compra de un suministro de 31 a 90 días Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos
Medicamentos de marca preferidos obtenidos en farmacias minoristas preferidas y farmacias minoristas en el extranjero: **Nivel 2** Notas: • Consulte la Sección 5(i) en la página 110 para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero. • Para medicamentos con receta médica facturados por un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, proporcionamos beneficios conforme a lo estipulado en esta página para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista preferida, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos con receta médica al centro de salud sea una farmacia preferida.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: • 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) por cada compra de un suministro de hasta 30 días • 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $1,050) por cada compra de un suministro de hasta 90 días Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos
Medicamentos de especialidad preferidos (genéricos y de marca) obtenidos en farmacias minoristas preferidas y farmacias minoristas en el extranjero: **Nivel 2** • Los beneficios para los medicamentos de especialidad comprados en una farmacia minorista preferida están limitados a una compra de un suministro de hasta 30 días para cada receta surtida. Notas: • Todos los resurtidos deben obtenerse a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad. Consulte la página 100 para obtener más información. • Consulte el Programa de Farmacias de Especialidad para conocer los costos compartidos y límites correspondientes en la página 100. • Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se surten con el empaque original del fabricante y no podemos hacer ajustes a la cantidad empacada, abrir o separar paquetes para crear un suministro de 30 días con estos medicamentos. • Para medicamentos con receta médica facturados por un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, proporcionamos beneficios conforme a lo estipulado en esta página para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista preferida, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos con receta médica al centro de salud sea una farmacia preferida. • Consulte la Sección 5(i) en la página 110 para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: • 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) por cada compra de un suministro de hasta 30 días • Si debe dispensarse un suministro de 31 a 90 días de un medicamento de especialidad debido al empaque del fabricante, usted paga el 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $1,050) para cada compra. Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 comprados en una farmacia preferida incluyen, entre otros, los siguientes: • Medicamentos, vitaminas y minerales, y suplementos alimenticios incluidos en nuestro formulario cerrado que requieren una receta para su compra según la ley federal de los Estados Unidos Nota: Consulte la página 98 para conocer nuestra cobertura de medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible. • Fórmulas nutricionales especializadas para niños hasta los 22 años para tratar alteraciones congénitas del metabolismo de aminoácidos - Deben cumplir con la definición de alimento medicinal (consulte la definición en la página 134). - El objetivo debe ser usarlas únicamente bajo supervisión médica en el control nutricional de una alteración congénita del metabolismo de aminoácidos. - El paciente debe estar recibiendo supervisión médica activa, regular y en curso, y debe ser incapaz de controlar su afección a partir de la modificación de su dieta solamente. • Alimentos medicinales, según la definición de la FDA de los EE. UU., que son administrados oralmente y conforman la única fuente (100%) de nutrición, para niños hasta los 22 años, durante un máximo de un año después de la fecha de la receta inicial o de la indicación del médico para los alimentos medicinales (p. ej., Neocate) en fórmula solamente Notas: - Se requieren una receta y aprobación previa para los alimentos medicinales conforme al beneficio de farmacia. - Consulte la Sección 5(a), página 56, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas. • Insulina, tiras de prueba y lancetas Nota: Consulte la página 56 para conocer nuestra cobertura de bombas de insulina. • Agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos • Factores de coagulación y complejos antiinhibidores para el tratamiento de la hemofilia • Medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico que requieren una receta según la ley federal Notas: - Proporcionamos beneficios para medicamentos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico únicamente según lo descrito en la página 100. - Es posible que sea elegible para recibir medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico sin ningún cargo. Consulte la página 100 para obtener más información. • Medicamentos para el diagnóstico de infertilidad, excepto según lo descrito en la página 101 • Medicamentos para tratar la disforia de género (la hormona [GnRH] liberadora de gonadotropina antagonistas y testosteronas) • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, limitados a lo siguiente: - Diafragmas y anillos anticonceptivos - Anticonceptivos inyectables	Consulte las páginas 95 y 99.

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
- Dispositivos intrauterinos (DIU) - Implantes anticonceptivos - Anticonceptivos orales y transdérmicos Nota: No aplicaremos su costo compartido a los anticonceptivos genéricos ni a los anticonceptivos de marca que no tengan equivalente genérico o alternativa genérica, cuando los compra en una farmacia minorista preferida.	Consulte las páginas 95 y 99.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC) para mujeres únicamente, como los siguientes: • Píldoras anticonceptivas de emergencia • Condones femeninos • Espermicidas • Esponjas Nota: Ofrecemos beneficios completos para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos OTC para mujeres solamente cuando los anticonceptivos cumplen con los estándares de la FDA de los EE. UU. para productos OTC. Para recibir los beneficios, debe utilizar una farmacia minorista preferida y presentar una receta por escrito de su médico al farmacéutico.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: Ninguno Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos Nota: Consulte la Sección 5(i) en la página 110 para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero.
Vacunas cuando son suministradas por una farmacia minorista preferida que participa en nuestra red de vacunación (consulte a continuación) y administradas según la ley estatal aplicable y los requisitos de certificación de farmacias. Consulte las páginas 45 y 46 para conocer información específica sobre la cobertura. Nota: Nuestra red de vacunación es una red de farmacias minoristas preferidas que tienen acuerdos con nosotros para administrar una o más de las vacunas de rutina. Consulte a su farmacia o llame a nuestro Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, para conocer qué vacunas puede suministrar su farmacia.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: Ninguno Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos. Notas: • No paga nada por las vacunas contra la influenza (gripe) obtenidas en farmacias minoristas no preferidas. • Consulte la Sección 5(i) en la página 110 para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero.
Programa de Medidor de Diabetes Los miembros con diabetes pueden obtener un kit de medidor de glucosa cada 365 días sin cargo a través del Programa de Medidor de Diabetes. Para utilizar este programa, debe llamar al número de teléfono que figura a continuación y solicitar uno de los tipos de medidores elegibles. Los diferentes tipos de kits de medidor de glucosa disponibles a través de nuestro programa están sujetos a cambios. Para pedir su kit de medidor de glucosa gratuito, llame sin cargo al 855-582-2024, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del Este, o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org. Recibirá su kit de medidor seleccionado dentro de los 7 o 10 días una vez que realice el pedido. Nota: Comuníquese con su médico para obtener una nueva receta para las tiras de prueba y lancetas para utilizar con el nuevo medidor. Se brindarán beneficios para las tiras de prueba en el Nivel 2 de pago de beneficios (medicamentos de marca preferidos) si compra tiras de marca en una farmacia minorista preferida. Consulte la página 99 para obtener más información.	Ninguno para un kit de medidor de glucosa pedido a través de nuestro Programa de Medidor de Diabetes. Cuando se lo obtiene en cualquier otro lugar: usted paga todos los cargos

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
Medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (la "Ley de Cuidado de Salud Asequible"), limitados a: • Suplementos de hierro para niños desde los 6 meses hasta los 12 meses • Suplementos orales de fluoruro para niños desde los 6 meses hasta los 5 años • Suplementos de ácido fólico, 0.4 mg a 0.8 mg, para mujeres capaces de quedar embarazadas • Aspirina de dosis baja (81 mg por día) para las miembros embarazadas en riesgo de preeclampsia • Aspirina para hombres desde los 45 años hasta los 79 años y para mujeres desde los 50 años hasta los 79 años • Estatinas genéricas para la reducción del colesterol Notas: • No hay beneficios disponibles para acetaminofeno, ibuprofeno, naproxeno, etc. • Los beneficios para los medicamentos enumerados anteriormente están sujetos a las limitaciones para despachar medicamentos que se describen en la página 93 y están limitados a los límites recetados recomendados. • Para recibir los beneficios, debe utilizar una farmacia minorista preferida y presentar una receta por escrito de su médico al farmacéutico. • Encontrará una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendada por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) disponible en www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits. Consulte las páginas 41 a 47 y 78 en la Sección 5(a) y la Sección 5(c) para obtener más información sobre otros servicios de atención preventiva cubiertos. • Consulte la página 100 para conocer nuestra cobertura de los medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: Ninguno Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos Nota: Consulte la Sección 5(i) en la página 110 para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero.
Medicamentos genéricos (limitados a tamoxifeno y raloxifeno) para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres de 35 años o más, que no han sido diagnosticadas con ninguna forma de cáncer de mama Nota: Su médico debe enviar un Formulario de solicitud de cobertura completado a CVS Caremark antes de surtir su receta. Llame a CVS Caremark al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, para solicitar este formulario. También puede obtener el Formulario de solicitud de cobertura a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: Ninguno Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos
Agentes para revertir los efectos de opioides: medicamentos de Nivel 1, limitados al aerosol nasal de Narcan y la naloxona genérica inyectable	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: ninguno por la compra de un suministro de 90 días por año calendario. Nota: Cuando haya comprado cantidades de estos medicamentos en el plazo de un año calendario que sean equivalentes a un suministro combinado de 90 días, todos los resurtidos de Nivel 1 de allí en adelante están sujetos al costo compartido correspondiente. Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
Aquí le mostramos cómo obtener sus medicamentos con receta médica y suministros: **Farmacias minoristas preferidas** • Asegúrese de tener su tarjeta de identificación en el momento de la compra de su receta. • Diríjase a cualquier farmacia minorista preferida. • Visite el sitio web de su farmacia minorista preferida para solicitar sus recetas en línea o mediante el servicio de pedidos por correo, si se encuentra disponible. • Para obtener una lista de las farmacias minoristas preferidas, llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, o visite nuestro sitio web www.fepblue.org. Notas: • Los beneficios para los medicamentos de especialidad de Nivel 2 comprados en una farmacia minorista preferida están limitados a una compra de un suministro de hasta 30 días para cada receta surtida. Todos los resurtidos deben obtenerse a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad; consulte la página 100 para obtener más información. • Las farmacias minoristas que son preferidas para medicamentos con receta médica no son necesariamente preferidas para equipo médico duradero (DME) y suministros médicos. Para recibir beneficios preferidos para DME y suministros médicos cubiertos, debe usar un proveedor preferido de DME o suministros médicos. Consulte la Sección 5(a) para conocer los niveles de beneficios que se aplican a los DME y suministros médicos. • Para medicamentos con receta médica facturados por un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, proporcionamos beneficios conforme a lo estipulado en esta página para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista preferida, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos con receta médica al centro de salud sea una farmacia preferida. • Para obtener una lista de las farmacias de atención de largo plazo de la red preferida, llame al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077. • A los fines de la coordinación de beneficios, si necesita una declaración de los beneficios para farmacias minoristas preferidas para presentar reclamos en su otra cobertura cuando este Plan es el pagador primario, llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, o visite nuestro sitio web www.fepblue.org.	Farmacia minorista preferida y farmacia minorista en el extranjero: Nivel 1 • $5 de copago por cada compra de un suministro de hasta 30 días • $15 de copago por cada compra de un suministro de 31 a 90 días Nivel 2 • 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) por cada compra de un suministro de hasta 30 días • 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $1,050) por cada compra de un suministro de 31 a 90 días Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
Medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico Si es un miembro cubierto, es posible que sea elegible para obtener medicamentos específicos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico de marca y genéricos con receta médica y sin ningún cargo. Además, es posible que sea elegible para obtener medicamentos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico, recetados por el médico, sin ningún cargo. Estos beneficios solo se encuentran disponibles cuando utiliza una farmacia minorista preferida. Nota: Se podrían aplicar restricciones según la edad en función de las pautas de la FDA de los EE. UU. para estos medicamentos. Los siguientes medicamentos están cubiertos a través de este programa: • Medicamentos genéricos disponibles por receta: - Bupropion (liberación prolongada) de 150 mg en comprimidos - Bupropion (liberación sostenida) de 150 mg en comprimidos • Medicamentos de marca disponibles por receta: - Chantix de 0.5 mg en comprimidos - Chantix de 1 mg (continuación del paquete mensual) - Chantix de 1 mg en comprimidos - Chantix (comienzo del paquete mensual) - Nicotrol, inhalador con cartuchos - Nicotrol NS, aerosol nasal de 10 mg/ml • Medicamentos de venta libre (OTC) Notas: • Para recibir los beneficios de medicamentos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico, debe tener la receta de un médico para cada medicamento OTC que debe ser surtido por un farmacéutico en una farmacia minorista preferida. • Se aplicarán los beneficios normales de medicamentos con receta médica para las compras de medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico que no cumplan con estos criterios. Los beneficios no están disponibles para medicamentos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico, con excepción de lo descrito anteriormente. • Consulte la página 58 para conocer nuestra cobertura para el tratamiento, el asesoramiento y las clases para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico.	Farmacia minorista preferida: Ninguno Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos
Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad Cubrimos los medicamentos de especialidad que se enumeran en la Lista de medicamentos de especialidad de FEP Blue Focus. Esta lista está sujeta a cambios. Para obtener la lista más actualizada, llame al número de teléfono que figura a continuación o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org. (Consulte la página 138 para conocer la definición de "medicamentos de especialidad"). Cada vez que pida un nuevo medicamento de especialidad o resurtido, un representante de Farmacias de Medicamentos de Especialidad trabajará con usted para coordinar el tiempo de entrega y lugar más conveniente para usted, y le preguntará sobre cualquier efecto secundario que pueda estar experimentando. Consulte la página 116 para obtener más detalles sobre el programa.	Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad Nivel 2: • 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) por cada compra de un suministro de hasta 30 días • Si debe dispensarse un suministro de 31 a 90 días de un medicamento de especialidad debido al empaque del fabricante, usted paga el 40% de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $1,050) para cada compra. Farmacia de medicamentos de especialidad no preferida: usted paga todos los cargos

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
Nota: Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se surten con el empaque original del fabricante y no podemos hacer ajustes a la cantidad empacada, abrir o separar paquetes para crear un suministro de 30 días con estos medicamentos. **Comuníquese con nosotros:** si tiene preguntas sobre este programa o necesita ayuda con los pedidos de medicamentos de especialidad, llame al 888-346-3731, TTY: 877-853-9549.	
No están cubiertos: • *Medicamentos y suministros adquiridos en una farmacia no preferida* • *Los alimentos medicinales administrados oralmente no tienen cobertura si no se obtienen en una farmacia minorista preferida.* • *Suministros médicos, como vendajes y antisépticos* • *Medicamentos y suministros para fines estéticos* • *Medicamentos y suministros para perder peso* • *Medicamentos para ortodoncia, implantes dentales y tratamiento de la enfermedad periodontal* • *Medicamentos utilizados junto con procedimientos de tecnología de reproducción asistida (ART) e inseminación asistida* • *Insulina y suministros para la diabetes, excepto cuando se obtienen de una farmacia minorista preferida o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario Consulte las páginas 56 y 96.* • *Medicamentos y suplementos alimenticios administrados oralmente que no requieren receta según la ley federal, incluso si los receta su médico o si se exige una receta en virtud de la ley estatal* • *Productos y alimentos que no sean fórmulas líquidas o polvos mezclados para preparar fórmulas; alimentos y fórmulas fácilmente disponibles en tiendas minoristas y comercializados para personas sin afecciones médicas; alimentos modificados con bajo contenido de proteínas (p. ej., pastas, panes, arroz, salsas y mezclas para hornear); suplementos nutricionales, productos energéticos y productos similares* *Notas:* - *Consulte la Sección 5(a), página 56, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas.* - *Consulte la página 98 para conocer nuestra cobertura de medicamentos recomendados según la Ley de Cuidado de Salud Asequible, y la página 100 para conocer los medicamentos para dejar de fumar, usar tabaco y el cigarrillo electrónico.* • *Fórmulas para bebés, excepto las que se describen en las páginas 56 y 96* • *Medicamentos no detallados en el formulario o en la lista de medicamentos preferidos* • *Medicamentos opioides de marca* • *Sin cobertura para Remicade, Renflexis e Inflectra para las recetas surtidas en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad* • *Medicamentos para los que se ha negado o no se ha obtenido aprobación previa* • *Medicamentos y suministros relacionados con la disfunción sexual o la insuficiencia sexual* • *Medicamentos y suministros relacionados con los medicamentos cubiertos para el tratamiento de la disforia de género si no se obtienen de una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad como se describe en las páginas 95 y 100*	*Todos los cargos*

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	
• *Medicamentos comprados por correo o Internet en farmacias dentro o fuera de los Estados Unidos por miembros que se encuentran en los Estados Unidos* • *Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC), excepto según lo descrito en las páginas 96 y 97* • *Medicamentos utilizados para interrumpir el embarazo* • *Medicamentos sublinguales de desensibilización de la alergia, excepto como se describe en la página 51*	*Todos los cargos*
Medicamentos de otras fuentes	
Los suministros y medicamentos con receta médica cubiertos no obtenidos en una farmacia minorista o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad incluyen, entre otros, los siguientes: • Consultorio del médico; para obtener más información, consulte la Sección 5(a) • Centro de salud (para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios); para obtener más información, consulte la Sección 5(c) • Centro de cuidados paliativos; para obtener más información, consulte la Sección 5(c) • Medicamentos obtenidos en el consultorio del médico, en un centro de salud para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o en un centro de cuidados paliativos mientras está en el exterior; consulte la Sección 5(i) • Medicamentos y suministros cubiertos únicamente en función del beneficio médico; consulte el apartado sobre infusiones autoinmunitarias a continuación • Medicamentos con receta médica obtenidos en una farmacia minorista preferida y facturados por un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada; consulte la página 99	Centros y proveedores profesionales preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes) y centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos
Medicamentos para infusión para enfermedades autoinmunitarias: Remicade, Renflexis e Inflectra Nota: Los beneficios para determinados medicamentos autoinmunitarios para infusión (limitados a Remicade, Renflexis e Inflectra) están cubiertos únicamente cuando los medicamentos se obtienen por parte de un proveedor que no sea una farmacia, como un médico o un centro de salud (hospital o centro quirúrgico ambulatorio).	Centros y proveedores profesionales preferidos: 30% de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes) y centros de salud no preferidos (miembros/no miembros): usted paga todos los cargos

Sección 5(g). Beneficios dentales

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Si está inscrito en un Plan Dental del Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (Federal Employees Dental/Vision Insurance Program, FEDVIP), su Plan de FEHB será el pagador primario para cualquier servicio cubierto y su Plan de FEDVIP será el pagador secundario de su Plan de FEHB. Consulte la Sección 9, *Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura*, para obtener información adicional.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- El deducible por año calendario de $500 por persona ($1,000 por inscripción del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia) se aplica al beneficio para lesiones accidentales que aparece a continuación.
- **Debe consultar a proveedores preferidos a fin de recibir beneficios dentales por una lesión accidental** para el tratamiento después de 72 horas del accidente. Los servicios cubiertos proporcionados más de 72 horas después de un accidente están sujetos al deducible y coseguro.

Descripción de los beneficios	Usted paga
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Decimos "(Sin deducible)" cuando no se aplica el deducible.	
Beneficio para lesiones accidentales	
Proporcionamos beneficios para los servicios, suministros o aparatos para atención dental necesarios para tratar sin demora las lesiones en dientes naturales sanos que son resultado de lesiones accidentales, o están directamente relacionadas con estas. Para determinar la cobertura del beneficio, es posible que requiramos documentación de la afección de los dientes antes de la lesión accidental, documentación de la lesión de parte de su(s) proveedor(es) y un plan de tratamiento para su atención dental. Es posible que solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que su tratamiento avance. Notas: • Una **lesión accidental** es una lesión causada por una fuerza o un agente externos, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata. Las lesiones sufridas en los dientes mientras come no se consideran lesiones accidentales. • Un **diente natural sano** es un diente que está entero o correctamente restaurado (restauración con amalgama o empaste de compuesto a base de resina únicamente), sin deterioro, enfermedad periodontal ni ninguna otra afección, y que no necesita tratamiento por ningún otro motivo, excepto por una lesión accidental. A los fines de este Plan, un diente restaurado anteriormente con corona, incrustaciones estéticas (onlays/inlays) o restauración de porcelana, o bien tratado por endodoncia, no se considera un diente natural sano. • **Proporcionamos beneficios para la atención dental por una lesión accidental en casos de emergencia médica cuando son proporcionados por proveedores preferidos o no preferidos.** Consulte la Sección 5(d) para conocer los criterios que utilizamos para decidir si se requiere atención de emergencia. Usted es responsable de pagar el costo compartido correspondiente que figura aquí. Si usa un proveedor no preferido, también puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado. • **Toda atención de seguimiento** debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios.	**Tratamiento de una lesión dental por una lesión accidental en el plazo de 72 horas:** Preferido: Ninguno (sin deducible) Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes): • Participante: Ninguno (sin deducible) • No participante: cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible) **Tratamiento después de las 72 horas iniciales:** Preferido: 30% de la cantidad autorizada por el Plan Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos

Descripción de los beneficios	Usted paga
Atención en centros de salud para pacientes hospitalizados y ambulatorios	
Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como la anestesia administrada en el centro de salud, en los siguientes casos: • Tratamiento de niños de hasta 22 años con caries dentales graves • Cuando existe una deficiencia física no dental que hace necesaria la hospitalización para salvaguardar la salud del paciente (incluso si el procedimiento dental en sí no se encuentra cubierto)	Consulte la Sección 5(c) para conocer los beneficios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
No están cubiertos: Atención dental de rutina	*Todos los cargos*

Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales

Característica especial	Descripción
Herramientas de salud	Conéctese con su salud y reciba las respuestas que necesita cuando las necesita utilizando las Herramientas de salud las 24 horas del día, los 365 días del año. Ingrese en www.fepblue.org o llame al número gratuito 888-258-3432 para comprobar estos valiosos servicios fáciles de usar: • Hable directamente con un **enfermero registrado** en cualquier momento del día o la noche, por teléfono, correo electrónico seguro o chat en vivo. Pregunte y obtenga asesoramiento médico. Tenga en cuenta que los beneficios por cualquier servicio de atención médica que pueda solicitar luego de utilizar las Herramientas de salud están sujetos a los términos de su cobertura en virtud de este Plan. • **Registro de salud personal:** acceda a su registro seguro de salud personal en línea para obtener información relacionada con los medicamentos que utiliza, los resultados de exámenes recientes y las citas médicas. Actualice, almacene y realice un seguimiento de la información relacionada con su salud en cualquier momento. • **Evaluación de Salud de Blue:** un cuestionario en línea de salud y estilo de vida (consulte a continuación). • **Asesor de salud en línea (Online Health Coach, OHC):** maneje su salud de forma proactiva estableciendo y administrando metas de salud, cree un plan de atención, lleve un registro de su progreso y realice actividades saludables. El OHC ofrece a los miembros una combinación de orientación, apoyo y recursos. • **Health Topics y WebMD Videos** ofrecen una gran variedad de herramientas educativas mediante videos, mensajes grabados y material en línea colorido que proporcionan información actualizada acerca de una amplia variedad de temas relacionados con la salud.
Servicios para personas sordas y con problemas de audición	Todos los Planes de Blue Cross and Blue Shield ofrecen acceso TTY para que las personas con problemas de audición puedan obtener información y recibir respuestas a sus preguntas.
Acceso a la web para personas con problemas de la vista	Nuestro sitio web, www.fepblue.org, cumple con los estándares más actuales de accesibilidad a la web de la Sección 508, a fin de asegurar que los visitantes con problemas de la vista puedan utilizar el sitio con facilidad.
Beneficio para viajes/servicios en el extranjero	Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre los beneficios y los reclamos para la atención que recibe fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.
Healthy Families	Nuestra variedad de recursos Healthy Families es para familias con niños y adolescentes, de 2 a 19 años. Healthy Families ofrece actividades y herramientas para ayudar a los padres a enseñar a sus hijos sobre el control del peso, la nutrición, la actividad física y el bienestar personal. Para más información, ingrese en www.fepblue.org.
Evaluación de Salud de Blue	El cuestionario de **Evaluación de Salud de Blue (BHA**) es un programa de evaluación en línea fácil e interesante que puede completarse en 10 a 15 minutos. Las respuestas de la BHA se revisan para crear un plan de acción de salud único. En función de los resultados de su BHA, puede seleccionar objetivos personalizados, recibir asesoramiento de apoyo y llevar fácilmente un registro de su progreso a través de nuestro asesor de salud en línea. Visite nuestro sitio web, www.fepblue.org, para obtener más información y completar la BHA, de manera que reciba sus resultados individuales y comience a trabajar para lograr sus objetivos. **También puede solicitar una BHA impresa** llamando a la línea gratuita 888-258-3432.
Programa para el Manejo de la Hipertensión	El **Programa para el Manejo de la Hipertensión** brinda a los miembros con hipertensión (también conocida como "presión arterial alta") acceso a un monitor de presión arterial (Blood Pressure Monitor, BPM) gratuito para animar a los miembros a tomar decisiones más saludables y reducir la posibilidad de complicaciones de enfermedades cardíacas. Este programa está disponible para todos los miembros adultos cubiertos de 18 años o más. Quedará inscrito automáticamente en el programa y se le informará su elegibilidad para recibir un BPM gratuito después de que se haya procesado al menos un reclamo médico en los últimos 12 meses, con un diagnóstico informado de hipertensión. Una vez que cumpla con estos criterios, CVS Caremark le enviará una carta para notificarle sobre su elegibilidad para el BPM gratuito. Usted es elegible para recibir un BPM gratuito cada dos años calendario. Debe seguir las instrucciones en la carta, lo que incluye llevar la carta a su proveedor de atención médica. Su proveedor es responsable de documentar su lectura de presión arterial más reciente y de identificar el tamaño del BPM adecuado para usted.

	Debe recibir el BPM a través de este programa. Los beneficios no están disponibles para el BPM para los miembros que no cumplan con los criterios o para aquellos que obtengan un BPM fuera de este programa. Para obtener más información, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.
MyBlue® Customer eService	Visite **MyBlue Customer eService** en www.fepblue.org/myblue o use la aplicación móvil de fepblue para controlar el estado de sus reclamos, cambiar su dirección de registro, solicitar formularios de reclamo, solicitar una tarjeta de identificación y aprender a utilizar sus beneficios. Las características adicionales incluyen lo siguiente: • **EOB en línea: lo inscribiremos de manera automática en las EOB en línea**. Esto le permitirá visualizar, descargar e imprimir sus formularios de Explicación de beneficios (EOB). Simplemente ingrese en MyBlue a través de www.fepblue.org/myblue y haga clic en el enlace "Explanation of Benefits" (Explicación de beneficios) y, luego, en "Medical and Pharmacy Claims" (Reclamos médicos y farmacéuticos). Desde allí, puede buscar reclamos y seleccionar el enlace "EOB" junto a cada reclamo para acceder a su EOB. Aunque, en general, sus EOB estarán disponibles en línea, hay algunos casos en los que recibirá una EOB en formato papel y un formulario para que complete. También puede acceder a las EOB a través de la aplicación móvil de fepblue. Solo tiene que ir a MyBlue y hacer clic en "Claims" (Reclamos). • **Optar por recibir la EOB en formato papel:** si desea recibir las EOB en formato papel, puede iniciar sesión en la página de inicio de MyBlue, hacer clic en "Member Preferences" (Preferencias del miembro) en la barra de navegación y seleccionar "Paper EOBs" (EOB en formato papel). • **Mensajes personalizados:** nuestras EOB proporcionan una gran variedad de mensajes solo para usted y su familia, desde oportunidades de atención preventiva hasta mejoras en nuestros servicios en línea. • **Panel financiero:** inicie sesión en MyBlue para acceder a información importante en tiempo real, incluidos los deducibles, los costos de desembolso directo, las visitas cubiertas restantes a proveedores, los reclamos médicos y los reclamos de farmacia. También puede consultar su resumen hasta la fecha de los reclamos completados y los gastos de farmacia durante el año.
National Doctor & Hospital Finder	Visite www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) y otras listas nacionales de proveedores preferidos.
Programas de administración de la atención médica	Si tiene una enfermedad poco común o crónica, o necesidades de atención médica complejas, el Plan de Beneficios de Servicio ofrece a los miembros dos tipos de programas de administración de la atención médica que brindan asistencia con la coordinación de su atención, educación y apoyo clínico. • La administración de casos proporciona a los miembros que tienen necesidades de atención médica agudas o complejas y crónicas los servicios y la asistencia de un profesional de atención médica con licencia que posee certificación de administración de casos reconocida a nivel nacional. El administrador de casos puede ser un enfermero registrado, un trabajador social con licencia u otro profesional de atención médica con licencia que actúa dentro del alcance de su licencia, que puede trabajar con usted y sus proveedores para evaluar sus necesidades de atención médica, coordinar la atención necesaria y los recursos disponibles, evaluar los resultados de su atención, y apoyar y monitorear el progreso del plan de tratamiento y las necesidades de atención médica del miembro. Algunos miembros podrían recibir orientación y apoyo clínico para una necesidad de atención médica aguda, mientras que otros podrían beneficiarse de una inscripción en la administración de casos a corto plazo. La inscripción en la administración de casos requiere de su consentimiento. Los miembros en la administración de casos deben dar su consentimiento verbal antes de inscribirse en esta y un consentimiento escrito para la administración de casos. Nota: Los beneficios para la atención que prestan los centros de tratamiento residencial requieren un consentimiento por escrito y la participación en la administración de casos antes de la admisión; consulte las páginas 79, 89 y 109 para obtener más información. • El control de enfermedades ayuda a los miembros a adoptar hábitos de cuidado personal efectivos para mejorar el autocontrol de la diabetes, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad coronaria o la insuficiencia cardíaca congestiva. Si le han diagnosticado alguna de estas afecciones, podemos enviarle información sobre los programas disponibles en su área. Si tiene alguna pregunta con respecto a estos programas, incluso si es elegible para inscripción y asistencia con la inscripción, comuníquese con nosotros al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Opción de beneficios flexibles	En el Plan de Beneficios de Servicio FEP Blue Focus de Blue Cross and Blue Shield, nuestro proceso de administración de casos puede incluir una **opción de beneficios flexibles**. Esta opción permite a los administradores de casos profesionales en Planes Locales asistir a miembros con ciertos problemas de salud complejos o crónicos mediante la coordinación de planes de tratamientos complicados y otros tipos de planes complejos de atención a pacientes. A través de la opción de beneficios flexibles, los administradores de casos evaluarán las necesidades de atención médica del miembro y pueden, a nuestro exclusivo criterio, identificar una alternativa menos costosa de plan de tratamiento para el miembro. El miembro (o su apoderado de atención médica) y los proveedores deben cooperar durante el proceso. La inscripción en el Programa de Administración de Casos es obligatoria para ser elegible. Antes de la fecha de inicio del plan de tratamiento alternativo, los miembros que son elegibles para recibir servicios a través de la opción de beneficios flexibles deben firmar y entregar un consentimiento por escrito para la administración de casos y el plan alternativo. Si usted y su proveedor están de acuerdo con el plan, los beneficios alternativos comenzarán inmediatamente y se le solicitará firmar un **acuerdo de beneficios alternativos** que incluya las condiciones que se enumeran a continuación, además de cualquier otra condición especificada en el acuerdo. **Debemos recibir el consentimiento para la administración de casos y el acuerdo de beneficios alternativos firmado por el miembro/apoderado de atención médica antes de que reciba cualquier servicio incluido en el acuerdo de beneficios alternativos.** • Los beneficios alternativos estarán disponibles durante un período limitado y están sujetos a revisión constante. Debe colaborar con el proceso de revisión y participar en este. Su proveedor debe presentar la información necesaria para nuestras revisiones. Usted o su apoderado de atención médica deben participar en conferencias de atención y capacitación para cuidadores según lo requerido por sus proveedores o por nosotros. • Podemos revocar el acuerdo de beneficios alternativos inmediatamente en cualquier momento, si descubrimos que no es clara la información que recibimos de su parte, su proveedor o cualquier persona involucrada en su atención, o que usted no cumple con los términos del acuerdo. • Al aprobar beneficios alternativos, no garantizamos que se extenderán más allá del período limitado o del propósito del acuerdo de beneficios alternativos ni que serán aprobados en el futuro. • La decisión de ofrecer beneficios alternativos depende exclusivamente de nosotros y, a menos que se especifique lo contrario en el **acuerdo de beneficios alternativos**, a nuestro exclusivo criterio, podemos retirar esos beneficios en cualquier momento y reanudar los beneficios normales del contrato. • Nuestra decisión de ofrecer o retirar beneficios alternativos no está sujeta a la revisión de la OPM en virtud del proceso para desacuerdos sobre reclamos. Si firma el **acuerdo de beneficios alternativos**, le proporcionaremos los beneficios alternativos acordados durante el período establecido, a menos que la información que nos brinde no sea clara o que las circunstancias cambien. Los beneficios establecidos en este folleto se aplicarán a todos los servicios y las fechas de atención no incluidos en el acuerdo de beneficios alternativos. Usted o su proveedor pueden solicitar una extensión del período aprobado inicialmente para los beneficios alternativos, no más de cinco días hábiles antes del final del acuerdo de beneficios alternativos. Revisaremos la solicitud, incluidos los servicios propuestos como alternativa y el costo de dichos servicios; sin embargo, los beneficios establecidos en este folleto se aplicarán si no aprobamos su solicitud. Nota: Si rechazamos una solicitud de certificación o aprobación previas de beneficios normales del contrato, tal como se establecen en este folleto, o si rechazamos beneficios normales del contrato para servicios que ya ha recibido, puede cuestionar nuestro rechazo de beneficios normales del contrato según el proceso para desacuerdos sobre reclamos de la OPM (consulte la Sección 8).
Servicios de telesalud	Visite www.fepblue.org/telehealth o llame al número gratuito 855-636-1579, TTY: 855-636-1578, para acceder a atención a demanda, asequible y de gran calidad para adultos y niños que tengan problemas médicos que no son de emergencia, que incluyen tratamiento de afecciones agudas menores (consulte la página 134 para ver la definición), atención dermatológica, orientación para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, y orientación nutricional. Nota: Este beneficio solo se encuentra disponible a través de la red de proveedores de telesalud contratados.

Característica especial	Descripción
Programa de Incentivos de Exámenes Físicos Anuales de Rutina	El Programa de Incentivos de Exámenes Físicos Anuales de Rutina recompensa a los miembros que reciben un examen físico anual de rutina. Este incentivo le permite recibir sin costo una recompensa de incentivo de nuestro "centro comercial". Para calificar, debe ser el titular del contrato o el cónyuge cubierto (mayor de 18 años), debe recibir un examen físico anual de rutina por parte de un proveedor preferido y debe tener una cuenta MyBlue activa (visite www.fepblue.org para configurar su cuenta). Los miembros que reúnan los requisitos recibirán una notificación a través de la cuenta MyBlue con instrucciones sobre cómo canjear este incentivo. En nuestro sitio web, www.fepblue.org/fepbluefocus, puede encontrar más detalles. A partir del 1.º de enero de 2020, los miembros de FEP Blue Focus también pueden llamar al 1-800-411-BLUE (2583) si tienen consultas relacionadas con este programa de incentivos. Nota: Para recibir su incentivo, debe haberse realizado el examen físico anual antes del 31 de diciembre de 2020 y debe solicitar su incentivo antes del 1.º de marzo de 2021. Reserve bastante tiempo para completar todas las actividades para esta fecha. Si no completa las actividades antes de las fechas detalladas arriba, perderá el incentivo. Puede haber limitaciones en cuanto a la disponibilidad y el envío de los productos. No se encuentra disponible el envío internacional.
La aplicación móvil de fepblue	La nueva aplicación móvil de fepblue de Blue Cross and Blue Shield se encuentra disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación les brinda a los miembros acceso a funciones, herramientas e información útiles en relación con los beneficios del Plan de Beneficios de Servicio FEP Blue Focus durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña de MyBlue® para acceder a información de salud personal como los beneficios, costos de desembolso directo, deducibles (si corresponde) y límites de visitas al médico. También pueden consultar los reclamos y el estado de aprobación, ver o compartir la Explicación de beneficios (EOB), ver o compartir las tarjetas de identificación de miembro, encontrar proveedores preferidos y conectarse con nuestros servicios de telesalud.

Sección 5(i). Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero

Si viaja o vive fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., tiene derecho a recibir los beneficios descritos en este folleto. A menos que se indique lo contrario en esta sección, se aplican las mismas definiciones, limitaciones y exclusiones. Los costos asociados con la repatriación desde una ubicación internacional de regreso a los Estados Unidos no están cubiertos. Consulte la definición de repatriación en la Sección 10. Consulte la página 110 para obtener información sobre los reclamos que necesitamos para procesar los reclamos por servicios en el extranjero. Podemos solicitarle que nos proporcione los registros médicos completos de su proveedor para respaldar su reclamo. Si va a recibir los servicios de atención médica en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control, OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, su reclamo debe incluir la documentación de una exención del gobierno en virtud de la OFAC que autorice la atención médica en ese país.

Tenga en cuenta que los requisitos para obtener la certificación previa para la atención de pacientes hospitalizados y la aprobación previa para los servicios mencionados en la Sección 3 no se aplican cuando recibe atención fuera de los Estados Unidos, a excepción de las admisiones para cirugía de reasignación de género (consulte la página 19 para obtener información) y las admisiones en centros de tratamiento residencial. Se requiere aprobación previa para todos los servicios de transporte en ambulancia aérea que no sean de emergencia para los miembros en el extranjero (consulte la página 83 para obtener más información).

Centro de Asistencia en el Extranjero	Contamos con una red de hospitales participantes en el extranjero que presentarán sus reclamos por atención en centros de salud como paciente hospitalizado, sin el pago por adelantado de los servicios cubiertos que reciba. También tenemos una red de proveedores profesionales que han aceptado una cantidad negociada como pago total por sus servicios. El Centro de Asistencia en el Extranjero puede ayudarlo a localizar un hospital o un médico de nuestra red cerca de donde se hospede. También puede ver una lista de los proveedores de nuestra red en nuestro sitio web, www.fepblue.org. Tendrá que presentarnos un reclamo para solicitar el reembolso por los servicios profesionales, a menos que usted o su proveedor se comuniquen con el Centro de Asistencia en el Extranjero por adelantado para acordar la facturación y el pago directos al proveedor. Si se encuentra en el extranjero y necesita ayuda para localizar proveedores (dentro o fuera de nuestra red), comuníquese con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI, Inc.) llamando al centro con cobro revertido al 804-673-1678. Los miembros en los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU. deben llamar al 800-699-4337 o enviar un mensaje de correo electrónico al Centro de Asistencia en el Extranjero a fepoverseas@gmmi.com. GMMI, Inc. ofrece además servicios de evacuación de emergencia al centro de salud más próximo equipado para tratar debidamente su afección, con servicios de traducción y conversión de facturas médicas extranjeras a la moneda de los Estados Unidos. Puede comunicarse con uno de sus operadores multilingües durante las 24 horas, los 365 días del año.
Beneficios de hospitales y proveedores profesionales	Para la **atención profesional** que recibe en el extranjero, proporcionamos beneficios de acuerdo con los niveles de beneficios preferidos utilizando nuestra Lista de cargos por servicios en el extranjero, un porcentaje habitual del cargo facturado, o un descuento negociado con el proveedor como nuestra cantidad autorizada por el Plan. **El requisito de utilizar proveedores preferidos con el objetivo de recibir los beneficios no se aplica cuando usted recibe atención fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.** Cuando la cantidad autorizada por el Plan se basa en la Lista de cargos por servicios en el extranjero, debe pagar cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado, además de cualquier deducible, coseguro o copago que corresponda. También debe pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos, deducible, coseguro o copago correspondientes. Cuando la cantidad autorizada por el Plan es un descuento negociado con el proveedor, usted es responsable solo del deducible, coseguro o copago correspondientes. También debe pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos. En el caso de la **atención en centros de salud para pacientes hospitalizados** que reciba en el extranjero, proporcionamos beneficios al nivel preferido **sin costo compartido para el miembro** para admisiones en un centro de salud del DoD o cuando el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI, Inc.) haya acordado una facturación directa o una aceptación de una garantía de los beneficios con el centro de salud. En el caso de la **atención en centros de salud para pacientes ambulatorios que recibe en el extranjero**, proporcionamos beneficios al nivel preferido después de que pague el copago, deducible o coseguro correspondientes. Para los **servicios de transporte** que recibe en el extranjero, brindamos beneficios por servicios de transporte hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección cuando los servicios de transporte sean médicamente necesarios. Brindamos los beneficios como se describe en la Sección 5(c) y la Sección 5(d). No hay beneficios disponibles para los costos asociados con el transporte, que no sea al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección. Usted es responsable de pagar los deducibles, el coseguro o los copagos correspondientes. También debe pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos.

Beneficios de farmacia

Para los **medicamentos con receta médica comprados en farmacias en el extranjero,** ofrecemos beneficios en los niveles de beneficios preferidos usando el cargo facturado como nuestra cantidad autorizada por el Plan. Usted paga el copago o coseguro correspondientes. El deducible por año calendario no se aplica al comprar medicamentos en farmacias del extranjero. Consulte la página 95 en la Sección 5(f) para obtener más información.

Pago de reclamos por servicios en el extranjero

La mayoría de los proveedores en el extranjero no tienen obligación alguna de presentar reclamos en nombre de nuestros miembros. Siga los procedimientos enumerados a continuación para presentar reclamos para los servicios y medicamentos cubiertos que reciba fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. **Es posible que deba pagar los servicios al momento de recibirlos y luego presentarnos un reclamo para recibir el reembolso.** Proporcionaremos servicios de traducción y conversión de moneda para sus reclamos por servicios en el extranjero.

Presentación de reclamos por servicios en el extranjero

Para presentar un reclamo para los servicios de hospitales y proveedores profesionales cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., envíenos un formulario de reclamos por servicios médicos en el extranjero del FEP completado por correo, fax o Internet, junto con las facturas detalladas del proveedor. Al completar el formulario de reclamos, indique si desea recibir el pago en dólares estadounidenses o en la moneda que figura en las facturas detalladas, y si desea recibir el pago por cheque o transferencia bancaria. Utilice la siguiente información para enviar su reclamo por correo, fax o en forma electrónica:

1. Correo postal: Federal Employee Program, Overseas Claims, P.O. Box 260070, Pembroke Pines, FL 33026.
2. Fax: 001-954-308-3957. Marque primero el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde envía el reclamo por fax.
3. Internet: ingrese en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya es un usuario registrado en el portal de MyBlue, seleccione el menú "Health Tools" (Herramientas de salud) y, en la sección "Get Care" (Obtener atención), seleccione "Submit Overseas Claim" (Enviar un reclamo por servicios en el extranjero) y siga las instrucciones para enviar un reclamo por servicios médicos. Si todavía no es un usuario registrado, ingrese en MyBlue, haga clic en "Sign Up" (Registrarse) e inscríbase para utilizar el proceso de solicitud en línea.

Si tiene preguntas sobre sus reclamos por servicios médicos, llámenos al 888-999-9862, utilizando el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde llama, o envíenos un correo electrónico a través de nuestro sitio web (www.fepblue.org) mediante el portal de MyBlue. También puede escribirnos a la siguiente dirección: Mailroom Administrator, FEP Overseas Claims, P.O. Box 14112, Lexington, KY 40512-4112. Puede obtener los formularios de reclamos por servicios en el extranjero en nuestro sitio web, por correo electrónico a fepoverseas@gmmi.com o con su Plan Local.

Presentación de un reclamo por beneficios de farmacia

Los medicamentos comprados en el extranjero deben ser equivalentes a los medicamentos que requieren una receta según la legislación federal de los Estados Unidos. Para presentar un reclamo por medicamentos y suministros cubiertos que compra en farmacias fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., complete el Formulario de reclamos para medicamentos con receta médica de venta minorista en el extranjero de FEP y envíelo junto con las facturas o los recibos detallados de la farmacia. El plazo de presentación puntual de reclamos de farmacia en el extranjero se limita a un año desde la fecha en la que se surte la receta. Utilice la siguiente información para enviar su reclamo por correo, fax o en forma electrónica:

1. Correo postal: Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057.
2. Fax: 001-480-614-7674. Marque primero el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde envía el reclamo por fax.
3. Internet: ingrese en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya es un usuario registrado en el portal de MyBlue, seleccione el menú "Health Tools" (Herramientas de salud) y, en la sección "Get Care" (Obtener atención), seleccione "Submit Overseas Claim" (Enviar un reclamo por servicios en el extranjero) y siga las instrucciones para enviar un reclamo por farmacia. Si todavía no es un usuario registrado, ingrese en MyBlue, haga clic en "Sign Up" (Registrarse) e inscríbase para utilizar el proceso de solicitud en línea.

Envíe cualquier consulta por escrito sobre medicamentos que haya comprado en el extranjero a esta dirección: Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057. Puede obtener los formularios de reclamos para medicamentos con receta médica de venta minorista en el extranjero del FEP para sus compras de medicamentos en nuestro sitio web www.fepblue.org, a la dirección que se indica arriba o por teléfono al 888-999-9862, utilizando el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde llama.

Mientras se encuentre en el extranjero, puede pedir sus medicamentos con receta médica a través del Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Su dirección incluya un código postal de los EE. UU. (como en direcciones APO y FPO, y en territorios de los EE. UU.).

- El médico que firma su receta sea un médico con licencia en los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., y tenga un número identificador del proveedor nacional (national provider identifier, NPI).
- La entrega de la receta esté permitida por ley y cumpla con las pautas del fabricante.

Consulte la Sección 5(f) para obtener más información sobre las farmacias minoristas preferidas con opciones de pedido en línea y entrega a domicilio, y sobre el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad.

Nota: En la mayoría de los casos, los medicamentos que son sensibles a los cambios de temperatura no pueden enviarse a direcciones APO/FPO debido a la manipulación especial que requieren.

Nota: No podemos enviar medicamentos a través de nuestro Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad a países en el extranjero con leyes que restringen la importación de medicamentos con receta médica de cualquier otro país. Este es el caso incluso cuando una dirección APO o FPO válida está disponible. En caso de estar viviendo en un país tal, puede seguir obteniendo sus medicamentos con receta médica de una farmacia local en el extranjero y presentarnos un reclamo para obtener el reembolso si lo envía por fax al 001-480-614-7674 o lo completa a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org/myblue.

Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan

Estos beneficios no forman parte del contrato ni de la prima del Programa de FEHB, y usted no puede presentar una queja ante FEHB por estos beneficios. Los cargos pagados por estos servicios no se cuentan como parte de sus deducibles ni desembolsos directos máximos de protección contra gastos catastróficos para el Programa de FEHB. Además, estos servicios no son elegibles para los beneficios en virtud del Programa de FEHB. Le solicitamos que no presente un reclamo por estos servicios. Estos programas y materiales son responsabilidad del Plan y todas las apelaciones deben seguir sus pautas. Para obtener más información, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web www.fepblue.org.

Blue365®: el Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield presenta Blue365, un programa que ofrece acuerdos exclusivos de salud y bienestar que lo ayudarán en sus esfuerzos por estar sano y feliz todos los días del año. Blue365 ofrece importantes descuentos en tiendas minoristas nacionales y locales, como audífonos a través de TruHearing, entrega de alimentos saludables a través de Sun Basket, dispositivos portátiles de Fitbit, y pruebas de composición genética a través de Molecular Fitness, por mencionar solo algunos. Cada semana, los miembros de Blue365 reciben excelentes ofertas de salud y bienestar por correo electrónico. Con Blue365, no necesita completar papeleo. Solo tiene que visitar www.fepblue.org/blue365. Seleccione "Get Started" (Comenzar) y, luego, ingrese en MyBlue con su nombre de usuario y contraseña para obtener más información sobre los diferentes proveedores y descuentos de Blue365. El Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield puede recibir pagos de proveedores de Blue365. El Plan no recomienda, respalda, garantiza ni asegura ningún proveedor ni producto específico de Blue365. Los proveedores y el programa están sujetos a cambios en cualquier momento.

Membresías en gimnasios: Fitness Your Way de Tivity Health puede ayudarlo a cumplir sus objetivos de salud y acondicionamiento físico, según su presupuesto y a su conveniencia. Fitness Your Way de Tivity Health ofrece acceso a más de 10,000 gimnasios diferentes por una tarifa mensual con descuento. Tendrá acceso a asistencia de bienestar, artículos de salud y asesoramiento de salud en línea, así como seguimiento del ejercicio y objetivos de nutrición, establecimiento de conexiones sociales, recompensas y el Desafío diario, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Para obtener más información o inscribirse, ingrese en www.fepblue.org/healthclub o llame al Servicio de Atención al Cliente al 888-242-2060, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., en todas las zonas horarias de los EE. UU.

Programa de Descuento para Medicamentos: está disponible para los miembros sin costo de prima adicional. Le permite comprar ciertos medicamentos con receta médica a precios de descuento que no están cubiertos por el beneficio normal de medicamentos con receta médica. Los descuentos varían según el medicamento, pero son de un promedio del 20% aproximadamente. El programa le permite obtener descuentos en varios medicamentos relacionados con la atención dental, la pérdida de peso, la eliminación del vello y el crecimiento del pelo, y otros problemas de salud diversos. Consulte www.fepblue.org/ddp para obtener una lista completa de medicamentos con descuento, incluidos aquellos que pueden añadirse a la lista a medida que sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Para usar el programa, simplemente presente una receta válida y su tarjeta de identificación en una farmacia minorista preferida. El farmacéutico le pedirá que pague el total de la tarifa negociada con descuento. Para obtener más información, visite www.fepblue.org/ddp o llame al 800-624-5060.

Programa Affinity para la atención de la vista: los miembros del Plan de Beneficios de Servicio pueden recibir exámenes de rutina de la vista, marcos, lentes y lentes de contacto convencionales con ahorros considerables al usar los proveedores de la red de Davis Vision. Los miembros también pueden ahorrar hasta un 25% de los cargos usuales del proveedor, o un 5% del precio promocional, en los procedimientos de corrección de la vista con láser. Hay más de 48,000 puntos de acceso, incluidos optometristas, oftalmólogos y muchos minoristas. Para obtener una descripción completa del programa o encontrar un proveedor en su área, visite www.fepblue.org/vcap. También puede llamarnos al 800-551-3337, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m.; los sábados, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.; o los domingos desde el mediodía hasta las 4:00 p. m., hora del Este. Verifique que su proveedor participe en nuestro Programa Affinity para la atención de la vista y pregunte acerca de los descuentos disponibles antes de realizar la visita, ya que los descuentos pueden variar.

Sección 6. Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos

Las exclusiones que figuran en esta sección se aplican a todos los beneficios. En la Sección 5 de este folleto puede haber otras exclusiones y limitaciones. **Aunque incluyamos un servicio específico como beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que es médicamente necesario para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, trastorno, lesión o afección.** Para consultar información acerca de cómo obtener aprobación previa para servicios específicos, como trasplantes, consulte la Sección 3, *Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios*.

No cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suministros que reciba mientras no esté inscrito en este Plan
- Servicios, medicamentos o suministros que no sean médicamente necesarios
- Servicios, medicamentos o suministros que no son requeridos según los estándares aceptados de la práctica médica, dental o psiquiátrica en los Estados Unidos
- Servicios, medicamentos o suministros facturados por centros de salud preferidos y miembros para la atención de pacientes hospitalizados relacionados con errores médicos específicos y afecciones adquiridas en el hospital, más conocidos como "casos inadmisibles" (consulte la definición en la página 134)
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos o dispositivos experimentales o de investigación (consulte la Sección 5(b) en relación con los trasplantes)
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término, o cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con la disfunción sexual o la insuficiencia sexual (excepto en el caso de implante quirúrgico de una prótesis peneana para tratar un problema de disfunción eréctil y cirugías de reasignación de género específicamente mencionadas como cubiertas)
- Gastos de desplazamiento, excepto según se suministren específicamente para trasplantes cubiertos realizados en un centro Blue Distinction Center for Transplant (consulte la página 70)
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba de un proveedor o centro de salud excluido o suspendido del Programa de FEHB
- Servicios de salud, medicamentos o suministros que reciba en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, de un proveedor o centro de salud sin licencia apropiada para prestar atención en ese país
- Servicios o suministros por los que no se cobraría si la persona cubierta no tuviera cobertura de seguro de salud
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba sin cargo mientras esté en servicio militar activo
- Cargos que no constituyen una obligación legal de pagar para el inscripto o el Plan, como los cargos excedentes por un titular de beneficios de 65 años o más que no está cubierto por las Partes A o B de Medicare (consulte la página 128), los honorarios del médico que excedan las cantidades especificadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos si los beneficios son pagaderos conforme a Medicare (para conocer el cargo límite, consulte la página 129), o los impuestos estatales sobre las primas, independientemente de cómo se apliquen
- Medicamentos con receta médica, servicios o suministros pedidos o proporcionados por usted o sus familiares inmediatos o miembros del hogar, como cónyuges, padres, hijos, hermanos, ya sean familiares consanguíneos, políticos o por adopción
- Servicios o suministros proporcionados o facturados por un centro de salud no cubierto, excepto que los medicamentos con receta médica que sean médicamente necesarios, el oxígeno y la terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional que sean proporcionados por un terapeuta profesional calificado de manera ambulatoria estén cubiertos en virtud de los límites del Plan
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba de proveedores no cubiertos
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba con fines estéticos
- Servicios, medicamentos o suministros para el tratamiento de la obesidad, la disminución de peso o el control dietario, excepto las visitas al consultorio, las pruebas de diagnóstico y los procedimientos y servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida mencionados en las páginas 61 y 62
- Servicios que reciba de un proveedor que estén fuera del alcance de la licencia o la certificación del proveedor
- Procedimientos dentales o de cirugía bucal, o los medicamentos relacionados con la ortodoncia, los dientes, los implantes

dentales, el tratamiento de la enfermedad periodontal o la preparación de la boca para probar o utilizar las dentaduras postizas de manera continua, excepto según lo descrito específicamente en la Sección 5(g), *Beneficios dentales*, y en la Sección 5(b) en *Cirugía bucal y maxilofacial*.

- Servicios dentales y de ortodoncia, excepto el tratamiento por una lesión accidental, según se describe en la página 103, o la cirugía bucal, como se describe en la página 64
- Ortodoncia para el tratamiento del mal posicionamiento de los huesos maxilares o para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ)
- Servicios de médicos de reserva
- Servicios de autoayuda o cursos de superación personal
- Atención de custodia o de largo plazo (consulte la sección *Definiciones*)
- Artículos para la comodidad personal, como servicios de belleza y barbería, radio, televisión o teléfono
- Muebles (excepto el equipo médico duradero que sea médicamente necesario) como camas comerciales, colchones, sillas
- Servicios de rutina, como exámenes físicos periódicos, estudios de detección, vacunas y servicios o pruebas no relacionados con un diagnóstico, una enfermedad, una lesión, un conjunto de síntomas o la atención por maternidad específicos, excepto los servicios preventivos cubiertos específicamente a través de los beneficios de los apartados Atención preventiva, adultos y Atención preventiva, niños que figuran en las Secciones 5(a) y 5(c), así como las pruebas de detección preventivas que se especifican en las páginas 41 a 47 y 78; y ciertos servicios de rutina asociados con ensayos clínicos cubiertos (consulte las páginas 123 y 124).
- Terapia recreativa o educativa y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto cuando los proporcione un hospital durante una estadía cubierta como paciente hospitalizado
- Análisis conductual aplicado (ABA) y servicios relacionados para cualquier afección distinta de un trastorno del espectro autista
- Servicios de análisis conductual aplicado (ABA) y servicios relacionados realizados como parte de un programa educativo; o proporcionados en una escuela/un establecimiento educativo, o proporcionados por estos; o proporcionado como un reemplazo de los servicios que son responsabilidad del sistema educativo
- Terapia de oxigenación hiperbárica tópica (topical hyperbaric oxygen therapy, THBO)
- Costos de investigación (costos relacionados con la realización de ensayos clínicos como el tiempo de médicos y personal de enfermería dedicado a la investigación, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas únicamente para fines de investigación)
- Cargos profesionales por atención fuera del horario, excepto cuando están asociados con servicios proporcionados en el consultorio del médico
- Productos para la incontinencia, como ropa interior (incluye pañales para adultos o niños, calzoncillos y ropa interior), almohadillas/fundas para incontinencia, almohadillas para la cama o toallas desechables
- Servicios de medicina alternativa, incluidos, entre otros, medicina botánica, aromaterapia, suplementos nutricionales y a base de hierbas (consulte la página 101), técnicas de meditación, técnicas de relajación, terapias de movimiento y terapias de energías
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con el uso de marihuana medicinal.
- Audífonos, incluidos los audífonos implantados en el hueso
- Planificación de atención avanzada, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de cuidados paliativos cubierto (consulte la página 81)
- Cargos por servicios de membresía o asistencia cobrados por un proveedor de atención médica
- Cargos asociados con copias, envío por correo electrónico o por correo postal de registros, excepto según se describa específicamente en la Sección 8
- Servicios que no se incluyen específicamente como cubiertos

Sección 7. Presentación de un reclamo por servicios cubiertos

Esta sección principalmente aborda los reclamos posteriores al servicio (reclamos por servicios, medicamentos o suministros que ya se han recibido).

Consulte la Sección 3 para obtener información acerca de procedimientos de reclamo previo al servicio (servicios, medicamentos o suministros que requieren certificación o aprobación previas), incluidos los procedimientos de reclamo de atención de urgencia.

Cómo reclamar los beneficios

Para obtener formularios de reclamos u orientación sobre cómo presentar reclamos, o para recibir respuesta a sus preguntas sobre nuestros beneficios, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

En la mayoría de los casos, los médicos y centros de salud presentan los reclamos en su nombre. Simplemente presente su tarjeta de identificación cuando reciba los servicios. Su proveedor debe presentar un formulario de reclamo del seguro médico CMS-1500. Su centro de salud presentará un formulario UB-04.

Cuando deba presentar un reclamo, por ejemplo, cuando otro plan de salud grupal es el pagador primario, presente el reclamo en un formulario CMS-1500 o en un formulario de reclamo que incluya la información que se indica a continuación. Utilice un formulario de reclamo separado para cada miembro de su familia. Para estadías en el hospital prolongadas o continuas, o para otro tipo de atención de largo plazo, debe presentar sus reclamos por lo menos cada 30 días. Las facturas y los recibos deben detallarse y deben incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y relación con el inscripto
- Número de identificación del Plan del paciente
- Nombre y dirección de la persona o compañía que proporciona el servicio o suministro
- Fechas en las que se proporcionaron los servicios o suministros
- Diagnóstico
- Tipo de cada servicio o suministro
- Cargo por cada servicio o suministro

Nota: Los cheques cancelados, los recibos de registro de caja, los resúmenes de saldo deudor o las facturas que usted mismo prepara no se consideran sustitutos aceptables de las facturas detalladas.
Además:

- Si otro plan de salud es su pagador primario, debe enviar una copia del formulario de Explicación de beneficios (EOB) de su pagador primario (como el Resumen de Información de Medicare [Medicare Summary Notice, MSN]) junto con su reclamo.
- Las facturas por servicios de atención de enfermería domiciliaria deben indicar que el enfermero es un enfermero registrado o un auxiliar de enfermería con licencia.
- Si su reclamo es por el alquiler o la compra de equipo médico duradero, atención de enfermería domiciliaria o terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia de rehabilitación cognitiva, debe proporcionar una declaración escrita del proveedor que especifique la necesidad médica del servicio o suministro y la cantidad de tiempo por la que se requiere el servicio.
- Los reclamos por atención dental para tratar lesiones accidentales en dientes naturales sanos deben incluir documentación de la condición de sus dientes antes de la lesión accidental, documentación de la lesión de su proveedor y un plan de tratamiento para su atención dental. Es posible que solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que su tratamiento avance.

Los reclamos por medicamentos con receta médica y suministros que no se reciben del Programa de Farmacias Minoristas deben incluir recibos que indiquen el número de receta, el nombre del medicamento o suministro, el nombre del proveedor que firma la receta, la fecha y el cargo. (Consulte las páginas 99 a 101 para obtener información sobre cómo obtener beneficios del Programa de Farmacias Minoristas y el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad).

Procedimientos de reclamo posterior al servicio

Le notificaremos nuestra decisión en el término de 30 días a partir de la fecha en que recibamos el reclamo posterior al servicio. Si por motivos ajenos a nosotros requerimos una extensión de tiempo, podemos demorarnos hasta 15 días adicionales para la revisión y le notificaremos antes de que finalice el período de 30 días original. Nuestra notificación incluirá las circunstancias subyacentes a la solicitud de la extensión y la fecha en la que esperamos tener la decisión.

Si necesitamos una extensión porque no hemos recibido la información necesaria de su parte (p. ej., sus registros médicos), nuestra notificación describirá la información específica requerida y le concederemos hasta 60 días a partir de la fecha de recepción de la notificación para proporcionar la información.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, puede solicitarnos que la revisemos si sigue el proceso para desacuerdos sobre reclamos que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

Reclamos para medicamentos con receta médica

Farmacias minoristas preferidas: cuando utiliza farmacias minoristas preferidas, debe mostrar su tarjeta de identificación. Para encontrar una farmacia minorista preferida, visite www.fepblue.org/provider. Si utiliza una farmacia minorista preferida que ofrece recibir pedidos en línea, recuerde tener su tarjeta de identificación lista para completar su compra. Las farmacias minoristas preferidas presentarán sus reclamos por usted. Reembolsamos a la farmacia minorista preferida sus suministros y medicamentos cubiertos. Usted paga el coseguro o copago correspondientes.

Nota: Aunque utilice farmacias minoristas preferidas, deberá presentar un formulario de reclamo por escrito para obtener el reembolso en las siguientes circunstancias:

- Usted no tiene una tarjeta de identificación válida.
- Usted no utiliza su tarjeta de identificación válida en el momento de la compra.
- Usted no obtuvo la aprobación previa si era necesario (consulte la página 22).

Los párrafos siguientes incluyen las instrucciones para presentar reclamos.

Farmacias minoristas no preferidas: no hay ningún beneficio para los medicamentos o los suministros comprados en farmacias minoristas no preferidas. Nota: Para obtener información sobre las farmacias en el extranjero, consulte la página 110.

Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad

Si el médico le receta un medicamento de especialidad que figura en la Lista de medicamentos de especialidad de FEP Blue Focus, su médico puede pedir la receta inicial llamando a nuestro Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad al 888-346-3731, TTY: 877-853-9549; o bien, usted puede enviar su receta a: Specialty Drug Pharmacy Program, AllianceRx Walgreens Prime, P.O. Box 692169, Orlando, FL 32869. Se emitirá una factura por el copago más adelante. El Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad trabajará con usted para coordinar la hora y el lugar de la entrega que sea más conveniente para usted. Para pedir resurtidos, llame al mismo número de teléfono para coordinar la entrega. Puede cargar el copago a su tarjeta de crédito o que lo facturen más adelante.

Nota: Para obtener las listas más actualizadas de medicamentos de especialidad cubiertos, llame al Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad al 888-346-3731, TTY: 877-853-9549, o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org.

Registros

Archive por separado los gastos médicos de cada miembro cubierto de su familia, ya que los deducibles y los beneficios máximos (como el caso de terapia física para pacientes ambulatorios) se aplican de manera independiente para cada persona. Conserve copias de todas las facturas médicas, incluidas las que acumula para alcanzar un deducible. En la mayoría de los casos, servirán como comprobante de su reclamo. No proporcionaremos duplicados ni resúmenes de fin de año.

Plazo para presentar su reclamo

Envíenos su reclamo y los documentos correspondientes lo antes posible. Debe presentar su reclamo antes del 31 de diciembre del año posterior al año en que recibe el servicio, a menos que haya sido imposible presentar el reclamo dentro del plazo establecido debido a operaciones administrativas del gobierno o incapacidad legal, siempre que usted haya presentado el reclamo lo antes posible dentro de lo razonable. Si devolvemos un reclamo o parte de un reclamo para solicitar información adicional (p. ej., códigos de diagnóstico, fechas de servicio, etc.), debe volver a presentarlo en el término de 90 días o antes del vencimiento del plazo establecido para presentar el reclamo, lo que ocurra más tarde.

Nota: El plazo de presentación puntual de reclamos de farmacia en el extranjero se limita a un año desde la fecha en la que se surte la receta. Nota: Una vez que pagamos los beneficios, hay una limitación de cinco años sobre la reemisión de cheques no cobrados.

Reclamos por servicios en el extranjero

Consulte la información sobre cómo presentar reclamos en la página 110 de este folleto.

Cuando necesitemos más información

Responda sin demora cuando le pidamos información adicional. Podremos postergar el procesamiento o rechazar los beneficios de su reclamo si no responde. Nuestro plazo para responder a sus reclamos se detiene mientras aguardamos toda la información adicional necesaria para **procesar** su reclamo.

Representante autorizado

Puede nombrar a un representante autorizado para que actúe en su nombre en la presentación de un reclamo o la apelación de decisiones de reclamos ante nosotros. Para reclamos de atención de urgencia, se permitirá que un profesional de atención médica que conozca su afección médica actúe como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. A los efectos de esta sección, también nos referiremos a su representante autorizado cuando nos refiramos a usted.

Requisitos de aviso

La Secretaría de Salud y Servicios Humanos ha identificado condados donde, al menos, el 10% de la población habla solo determinados idiomas diferentes del inglés. Los idiomas diferentes del inglés que cumplen con este requisito en determinados condados son el español, el chino, el navajo y el tagalo. Si vive en uno de estos condados, ofreceremos asistencia lingüística en el idioma diferente del inglés correspondiente. Puede solicitar una copia de su declaración de la Explicación de beneficios (EOB), correspondencia relacionada, servicios de lenguaje oral (como ayuda telefónica al cliente) y ayuda para completar los reclamos y las apelaciones (incluidas las revisiones externas) en el idioma diferente del inglés correspondiente. Las versiones en inglés de sus EOB y la correspondencia relacionada incluirán información en el idioma diferente del inglés correspondiente sobre cómo acceder a los servicios lingüísticos en ese idioma.

Cualquier aviso de una determinación o correspondencia adversas de beneficios de nuestra parte que confirme una determinación adversa de beneficios incluirá la información suficiente para identificar el reclamo involucrado (que incluye la fecha de servicio, el proveedor de atención médica y la cantidad del reclamo, si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, a solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de procedimiento o tratamiento y su significado correspondiente.

Sección 8. Proceso para desacuerdos sobre reclamos

Siga el proceso para desacuerdos sobre reclamos del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales **si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamo posterior al servicio** (un reclamo en el que ya se han proporcionado los servicios, los medicamentos o los suministros). En la Sección 3, *Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio*, describimos el proceso que debe seguir si tiene un reclamo por servicios, medicamentos o suministros que deben tener certificación previa (como las admisiones en el hospital como paciente hospitalizado) o aprobación previa del Plan.

Puede apelar directamente a la Oficina de Administración de Personal (OPM) de los EE. UU. si no seguimos los procesos de reclamo requeridos. Para obtener más información o si tiene una consulta sobre las situaciones en las que tiene derecho a presentar una apelación inmediata ante la OPM, incluidos los requisitos adicionales no detallados en las Secciones 3, 7 y 8 de este folleto, llame al representante del Servicio de Atención al Cliente de su Plan al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación, el folleto del plan o el sitio web del plan (www.fepblue.org).

Para ayudarlo a preparar su apelación, puede acordar con nosotros que revisemos y copiemos, sin cargo, todos los materiales y documentos del Plan relevantes bajo nuestro control, que se relacionan con su reclamo, incluidos aquellos que involucren la revisión de su reclamo por parte de un experto. Para realizar su solicitud, llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o envíenos su solicitud a la dirección que figura en su formulario de Explicación de beneficios (EOB) para el Plan Local que procesó el reclamo (o, en el caso de beneficios para medicamentos con receta médica, nuestro Programa de Farmacias Minoristas o el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad).

Nuestra consideración tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información que presente relacionada con el reclamo, independientemente de si dicha información fue presentada o tenida en cuenta en la decisión de beneficio inicial.

Cuando nuestra decisión inicial se base (total o parcialmente) en un criterio médico (es decir, la necesidad médica, experimental/de investigación), consultaremos a un profesional de atención médica que tenga la capacitación y la experiencia necesarias en el campo de la medicina involucrado en el criterio médico y que no haya estado involucrado en la toma de decisión inicial.

Nuestra reconsideración no tendrá en cuenta la decisión inicial. La revisión no será realizada por la misma persona, o su subordinado, que tomó la decisión inicial.

No tomaremos decisiones respecto de la contratación, compensación, rescisión, promoción ni otras cuestiones similares con respecto a ningún individuo (como un adjudicador de reclamos o experto médico) en función de la probabilidad de que el individuo respalde el rechazo de los beneficios.

Paso	Descripción
1	Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debe hacer lo siguiente: a) Escríbanos en el término de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión. b) Envíenos su solicitud a la dirección que figura en su formulario de Explicación de beneficios (EOB) para el Plan Local que procesó el reclamo (o, en el caso de beneficios para medicamentos con receta médica, nuestro Programa de Farmacias Minoristas o el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad). c) Incluya una declaración de por qué considera que nuestra decisión inicial fue equivocada, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto. d) Adjunte copias de los documentos que apoyan su reclamo, como cartas de médicos, informes quirúrgicos, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de beneficios (EOB). Le proporcionaremos, sin cargo y de manera oportuna, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por nosotros o en nuestra dirección en relación con su reclamo y cualquier criterio nuevo para nuestra decisión sobre el reclamo. Le proporcionaremos esta información con la anticipación suficiente a la fecha en la que debemos brindarle nuestra decisión de la reconsideración para concederle la oportunidad razonable de respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no le brindamos evidencia o criterios nuevos con el tiempo suficiente para que pueda responder de forma oportuna, no invalidará nuestra decisión en la reconsideración. Puede responder a esa evidencia o criterios nuevos en la etapa de revisión de la OPM descrita en el Paso 3.

2 En el caso de un reclamo posterior al servicio, tenemos 30 días a partir de la fecha en que recibimos su pedido para lo siguiente:

a) pagar el reclamo; o

b) escribirle y reafirmar nuestra negativa; o
c) solicitarle más información a usted o a su proveedor.

Usted o su proveedor deberán enviar la información para que la recibamos en el término de 60 días desde nuestra solicitud. A partir de ese momento, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días más.

Si no recibimos la información en el término de 60 días, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que debíamos recibir la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tengamos. Le escribiremos para informarle nuestra decisión.

3 Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar que la OPM la revise.

Debe escribir a la OPM en los siguientes plazos:

- 90 días a partir de la fecha de nuestra carta en la que reafirmamos nuestra decisión inicial; o
- 120 días después de la fecha en que nos escribió por primera vez, si no le dimos algún tipo de respuesta a esa solicitud en el término de 30 días; o
- 120 días después de la fecha en que le solicitamos información adicional, si no le enviamos una decisión en el término de 30 días a partir de la fecha en que recibimos la información adicional.

Escriba a la OPM a la siguiente dirección: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, FEHB 1, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3610.

Envíe la siguiente información a la OPM:

- Una declaración de por qué considera que nuestra decisión estuvo equivocada, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto
- Copias de los documentos que respaldan su reclamo, como cartas de médicos, informes quirúrgicos, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de beneficios (EOB)
- Copias de todas las cartas que nos envió sobre el reclamo
- Copias de todas las cartas que le enviamos sobre el reclamo
- El número de teléfono al que podemos llamarlo durante el día y la mejor hora para llamarlo
- Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico Tenga en cuenta que, si proporciona su dirección de correo electrónico, puede recibir la decisión de la OPM más rápido.

Nota: Si desea que la OPM revise más de un reclamo, debe identificar claramente qué documentos se aplican a qué reclamo.

Nota: Usted es la única persona que tiene derecho a presentar un desacuerdo sobre un reclamo ante la OPM. Las partes que actúen como sus representantes, como proveedores médicos, deben presentar una copia de su consentimiento específico por escrito junto con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamos de atención de urgencia, un profesional de atención médica que conozca su afección médica puede actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.

Nota: Es posible extender los plazos mencionados anteriormente si demuestra que no pudo cumplirlos por motivos ajenos a usted.

4 La OPM revisará su solicitud relacionada con el desacuerdo sobre el reclamo y utilizará la información que reciba de usted y de nosotros para establecer si nuestra decisión es correcta. La OPM decidirá si aplicamos correctamente los términos de nuestro contrato cuando rechazamos su reclamo o solicitud de servicio. La OPM le enviará una decisión definitiva en el término de 60 días. No existe ningún otro recurso administrativo de apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso es iniciar una acción judicial. Si desea iniciar una acción judicial, debe presentar la demanda contra la OPM en un tribunal federal antes del 31 de diciembre del tercer año posterior al año en que haya recibido los servicios, medicamentos o suministros sobre los que existe el desacuerdo o desde el año en que se le haya negado la certificación o aprobación previas. Este es el único plazo que no se podrá prorrogar.

La OPM podrá divulgar la información que reúna durante el proceso de revisión para apoyar su decisión en el desacuerdo sobre el reclamo. Esta información pasará a formar parte del expediente judicial.

No podrá iniciar una acción judicial hasta que haya cumplido con el proceso para desacuerdos sobre reclamos. Asimismo, la legislación federal rige su demanda, los beneficios y el pago de los beneficios. El tribunal federal basará su revisión en la información con la que contaba la OPM cuando decidió reafirmar o revocar nuestra decisión. Solo puede recuperar la cantidad de beneficios en desacuerdo.

Nota: Si tiene una afección grave o que pone en peligro su vida (una afección que puede causar la pérdida permanente de las funciones corporales o la muerte si no se trata lo antes posible) y no indicó que su reclamo era un reclamo de atención de urgencia, entonces llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Aceleraremos nuestra revisión (si aún no hemos respondido a su reclamo) o informaremos a la OPM para que puedan revisar su reclamo en apelación más rápido. Puede llamar a FEHB 1 de la OPM al 202-606-0727 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este.

Recuerde que no tomamos decisiones sobre los problemas de elegibilidad del Plan. Por ejemplo, no determinamos si usted o su dependiente están cubiertos en este Plan. Debemos presentar los problemas de elegibilidad a su oficina de personal/nóminas si es empleado, a su sistema de jubilación si es titular de beneficios o a la Oficina de Programas de Compensación del Trabajador si está recibiendo beneficios de Compensación del Trabajador.

Sección 9. Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura

Cuando tiene otra cobertura de salud

Debe informarnos si usted o un miembro cubierto de su familia tienen cobertura a través de otro plan de salud grupal, o bien si tiene un seguro del automóvil que paga los gastos de atención médica sin considerar de quién es la responsabilidad. Esto se denomina "doble cobertura".

Cuando tiene doble cobertura, generalmente, un plan paga sus beneficios completos como pagador primario y el otro plan paga beneficios reducidos como pagador secundario. Nosotros, al igual que otros aseguradores, decidimos cuál es la cobertura primaria de acuerdo con las pautas de la Asociación Nacional de Aseguradores (National Association of Insurance Commissioners, NAIC). Por ejemplo:

- Si está cubierto por nuestro Plan como dependiente, cualquier seguro de salud grupal que tenga a través de su empleador será el pagador primario y nosotros seremos el pagador secundario.
- Si es titular de beneficios en nuestro Plan y además es empleado activo, cualquier seguro de salud grupal que tenga a través de su empleador será el pagador primario y nosotros seremos el pagador secundario.
- Cuando tiene derecho a recibir el pago de los gastos de atención médica a través del seguro del automóvil, incluidos el seguro de responsabilidad sin culpa y otro seguro que pague sin considerar de quién es la responsabilidad, su seguro del automóvil será el pagador primario y nosotros seremos el pagador secundario.

Para obtener más información sobre las normas de la NAIC respecto de la coordinación de beneficios, visite nuestro sitio web en www.fepblue.org/coordinationofbenefits.

Cuando seamos el pagador primario, pagaremos los beneficios que se describen en este folleto.

Cuando seamos el pagador secundario, estableceremos nuestra cantidad autorizada. Luego de que pague el plan primario, pagaremos el saldo de nuestra cantidad autorizada, hasta la cantidad de nuestro beneficio normal. No pagaremos más que nuestra cantidad autorizada. Por ejemplo, generalmente, solo compensamos la diferencia entre el pago de los beneficios del pagador primario y el 100% de la cantidad autorizada por el Plan, sujeto a nuestros deducibles aplicables y los montos del coseguro o copago, excepto cuando Medicare sea el pagador primario (consulte la página 129). Por lo tanto, es posible que los pagos combinados de ambos planes no lleguen a cubrir la cantidad total facturada por su proveedor.

Nota: Cuando pagamos como pagador secundario después de la cobertura primaria que tiene de un plan prepagado (HMO), basamos nuestros beneficios en su responsabilidad de desembolso directo según el plan prepagado (generalmente, los copagos del plan prepagado), de acuerdo con nuestros deducibles y los montos correspondientes al coseguro o copago.

En algunas circunstancias, cuando seamos el pagador secundario y ello no lo perjudique (es decir, no tenga que pagar más), también podremos aprovechar cualquier acuerdo sobre descuento de los proveedores que pueda tener su plan primario y compensar únicamente la diferencia entre el pago del plan primario y el monto que el proveedor estuvo de acuerdo en aceptar como pago total del plan primario.

Nota: Las limitaciones de visitas que se aplican a su atención según este Plan aún se encuentran en vigencia cuando somos el pagador secundario.

Recuerde: Aunque no presente un reclamo ante su otro plan, debe notificarnos que tiene doble cobertura y enviarnos documentos sobre su otra cobertura si se lo solicitamos.

Consulte la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para obtener más información sobre cómo pagamos los reclamos.

- **TRICARE y CHAMPVA**

TRICARE es el programa de atención médica para los dependientes elegibles de personal militar y retirados del ejército. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA brinda cobertura de salud a los veteranos discapacitados y a los dependientes elegibles. Si TRICARE o CHAMPVA y este Plan le brindan cobertura, nosotros pagamos primero. Consulte a su asesor sobre beneficios de salud de TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas sobre estos programas.

Cobertura de FEHB suspendida para inscribirse en TRICARE o CHAMPVA: si es titular de beneficios o excónyuge, puede suspender su cobertura de FEHB para inscribirse en uno de estos programas, lo que elimina su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a ninguna prima correspondiente de estos planes). Para obtener información sobre cómo suspender su inscripción en el Programa de FEHB, comuníquese con su oficina de jubilación. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de FEHB, por lo general, podrá hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierda involuntariamente la cobertura de TRICARE o CHAMPVA.

- **Compensación del Trabajador**

No cubrimos los servicios que tienen las siguientes características:

- Usted (o un miembro cubierto de la familia) necesita como consecuencia de una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo que la Oficina de Programas de Compensación del Trabajador (Office of Workers' Compensation Programs, OWCP) o un organismo federal o estatal similar determinen qué les corresponde proporcionar.
- La OWCP o un organismo similar paga a través de una indemnización por lesiones contra terceros u otro procedimiento similar, de acuerdo con un reclamo que usted presentó de acuerdo con las disposiciones de la OWCP o leyes similares.

Una vez que la OWCP o un organismo similar paguen sus beneficios máximos por su tratamiento, nosotros cubriremos su atención.

- **Medicaid**

Cuando tiene este Plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.
Cobertura de FEHB suspendida para inscribirse en Medicaid o un programa similar de asistencia médica patrocinado por el estado: si es titular de beneficios o excónyuge, puede suspender su cobertura de FEHB para inscribirse en uno de estos programas del estado, lo que elimina su prima de FEHB. Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en el Programa de FEHB, comuníquese con su oficina de jubilación. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de FEHB, por lo general, podrá hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierda involuntariamente la cobertura en virtud del programa del estado.

Cuando otros organismos del gobierno son responsables de su atención

No cubrimos servicios ni suministros cuando un organismo del gobierno local, estatal o federal paga por ellos directa o indirectamente.

Cuando otras personas son responsables de lesiones sufridas por usted

Si otra persona o entidad, mediante un hecho u omisión, le causa una enfermedad o lesión, y si pagamos beneficios por esa lesión o enfermedad, usted debe estar de acuerdo con las disposiciones que figuran a continuación. Además, si sufre una lesión y ninguna otra persona o entidad es responsable, pero recibe (o tiene derecho a recibir) un resarcimiento de otra fuente, y si pagamos beneficios por esa lesión, debe estar de acuerdo con las siguientes disposiciones:

- Todo el dinero que usted o sus representantes reciban como resarcimiento (sea a través de demandas, conciliaciones, reclamos de seguro o programas de beneficios, o por otros medios), sin importar cómo se describan o designen, se deberá utilizar para reembolsarnos la totalidad de los beneficios que pagamos. La parte que nos corresponde de cualquier resarcimiento solo se limita a la cantidad de beneficios que le hayamos pagado o le pagaremos a usted, sus representantes o proveedores de atención médica en su nombre. A efectos de esta disposición, "usted" incluye a sus dependientes cubiertos, y "sus representantes" incluye a sus herederos, administradores, representantes legales, padres (si es menor de edad), sucesores o cesionarios, si corresponde. Este es nuestro derecho de resarcimiento.
- Tenemos el derecho, en virtud de nuestro derecho de resarcimiento, a recibir un reembolso por nuestros pagos de beneficios, aunque usted no haya sido íntegramente resarcido ("made whole") por todos los daños y perjuicios sufridos a través del resarcimiento que reciba. Nuestro derecho de resarcimiento no está sujeto a la reducción de los honorarios de abogados y costos en virtud de la doctrina del "fondo común" ni de cualquier otra doctrina.
- No reduciremos nuestra parte de ningún resarcimiento a menos que, a nuestro criterio, lo acordemos por escrito (1) porque no recibió la cantidad total que había reclamado en concepto de daños y perjuicios; o (2) porque tuvo que pagar honorarios de abogados.
- Si hacemos valer nuestro derecho de resarcimiento, usted debe cooperar con nosotros en todo lo necesario siempre que resulte razonable. No debe tomar ninguna medida que pueda menoscabar nuestro derecho de resarcimiento.
- Si no solicita una indemnización por daños y perjuicios como consecuencia de su enfermedad o lesión, debe permitirnos tomar medidas para el resarcimiento de gastos en su nombre (incluido el derecho a iniciar una acción judicial en su nombre). Esto se denomina "subrogación".

Si reclama una indemnización por daños y perjuicios como consecuencia de su enfermedad o lesión, debe notificarnos sin demora si tiene algún reclamo contra un tercero por una afección por la que hemos pagado o podemos pagar beneficios, debe procurar el resarcimiento de nuestros pagos de beneficios y obligaciones, y debe informarnos sobre cualquier resarcimiento que obtenga, tanto por vía judicial como extrajudicial. Podremos solicitar un derecho de preferencia de primer grado sobre la indemnización que obtenga de su reclamo, a fin de recuperar la cantidad total de los beneficios que hayamos pagado o pagaremos.

Podremos solicitarle que firme un acuerdo de reembolso o que nos ceda (1) su derecho a iniciar una acción judicial o (2) su derecho a recibir una indemnización por un reclamo presentado como consecuencia de su enfermedad o lesión. Podremos postergar el procesamiento de sus reclamos hasta que presente el acuerdo de reembolso firmado o la cesión, y podremos exigir el cumplimiento de nuestro derecho de resarcimiento a través de la compensación de beneficios futuros.

Nota: Pagaremos los costos de todos los servicios cubiertos que reciba y que excedan los resarcimientos efectuados.

Nuestros derechos de resarcimiento y subrogación según lo descrito en esta Sección pueden ser exigidos, a opción de la Aseguradora, por la Aseguradora, por cualquiera de los Planes Locales que administraron los beneficios pagados en relación con la lesión o enfermedad en cuestión, o por cualquier combinación de estas entidades. Tenga en cuenta que más de un Plan Local puede tener derecho de resarcimiento/subrogación de reclamos que surjan de un solo incidente (p. ej., un accidente automovilístico que derive en reclamos pagados por múltiples Planes Locales) y que la resolución del derecho de retención de un Plan Local no eliminará el derecho de resarcimiento de otro Plan Local.

Entre las demás situaciones cubiertas por esta disposición, también se encuentran las siguientes circunstancias en las cuales podemos subrogar o hacer valer nuestro derecho de resarcimiento:

- Cuando un tercero lo lesiona, por ejemplo, en un accidente automovilístico o a través de una mala praxis médica
- Cuando se lesiona estando en la propiedad de un tercero
- Cuando se lesiona y dispone de beneficios para usted o su dependiente en virtud de cualquier ley o de cualquier tipo de seguro, incluidos, entre otros:
  - Seguro de responsabilidad sin culpa y otro seguro que pague sin tener en cuenta la culpa, incluidos los beneficios de protección contra lesiones personales, independientemente de que haya elegido que dichos beneficios sean secundarios respecto del Plan
  - Cobertura para conductores sin seguro o con seguro insuficiente
  - Beneficios de Compensación del Trabajador
  - Cobertura para reembolsos médicos

Comuníquese con nosotros si necesita más información sobre la subrogación.

Cuando tiene el Plan de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP)

Algunos planes de FEHB ya cubren algunos servicios dentales y de la vista. Si está cubierto por más de un plan dental/de la vista, la cobertura brindada por su Plan de FEHB se mantiene como su cobertura primaria. La cobertura de FEDVIP paga como pagador secundario después de esa cobertura. Cuando se inscribe en un plan dental o de la vista, le pedirán información sobre su Plan de FEHB para que sus planes puedan coordinar los beneficios. Al proporcionar su información de FEHB, podrá reducir sus costos de desembolso directo.

Ensayos clínicos

Si es participante en un ensayo clínico aprobado, este Plan de salud le proporcionará beneficios para la atención relacionada cubierta de la siguiente manera, si no es prestada por el ensayo clínico:

- **Costos de la atención de rutina**: los costos de los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico, como las visitas al médico, los análisis de laboratorio, las radiografías y las pruebas de detección, así como las hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la afección del paciente, independientemente de que el paciente se encuentre en un ensayo clínico o reciba terapia estándar. Ofrecemos beneficios para estos tipos de costos a los niveles de beneficios descritos en la Sección 5 (*Beneficios*) cuando los servicios estén cubiertos en virtud del Plan y determinemos que son médicamente necesarios.

- **Costos de la atención extra:** los costos de servicios cubiertos relacionados con la participación en un ensayo clínico, como las pruebas adicionales que un paciente puede necesitar como parte del ensayo, pero no como parte de la atención de rutina del paciente. Este Plan cubre los costos de la atención extra en relación con la participación en un ensayo clínico aprobado para un trasplante de células madre cubierto como las pruebas adicionales que puede necesitar un paciente como parte del protocolo del ensayo clínico, pero no como parte de la atención de rutina del paciente. Para obtener más información sobre los ensayos clínicos aprobados para trasplantes de células madre cubiertos, consulte las páginas 67 y 68**. Los costos de la atención extra relacionados con la participación en cualquier otro tipo de ensayo clínico no están cubiertos.** Le recomendamos que llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para analizar los servicios específicos si participa en un ensayo clínico.
- **Costos de investigación:** los costos relacionados con la realización de ensayos clínicos, como el tiempo de médicos y personal de enfermería dedicados a la investigación, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas únicamente para fines de investigación. Por lo general, estos costos están cubiertos por los ensayos clínicos. Este Plan no cubre estos costos.

Un ensayo clínico aprobado incluye un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o afección que pone en peligro la vida; y posee financiación federal, se lleva a cabo en virtud de una solicitud de un nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.; o es un ensayo de un medicamento que está exento del requisito de solicitud de un nuevo medicamento en investigación.

Cuando tiene Medicare

- **¿Qué es Medicare?**

Medicare es un programa de seguro de salud para:
- Personas de 65 años o más
- Algunas personas con discapacidades menores de 65 años
- Personas que padecen insuficiencia renal en la etapa final (deficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante)

Medicare tiene cuatro partes:
- Parte A (seguro para hospitales). La mayoría de las personas no tienen que pagar la Parte A. Si usted o su cónyuge trabajaron, al menos, 10 años en un empleo cubierto por Medicare, deberían poder calificar para participar en el seguro de la Parte A sin prima. (Si se desempeñó como empleado federal antes de enero de 1983 y durante este mes, recibirá crédito para su empleo federal antes de enero de 1983). De lo contrario, si tiene 65 años o más, tal vez pueda contratarlo. Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), TTY 877-486-2048, para obtener más información.
- Parte B (seguro médico). La mayoría de las personas pagan mensualmente la Parte B. Por lo general, las primas de la Parte B se descuentan de su cheque mensual del Seguro Social o del cheque de jubilación.
- Parte C (Medicare Advantage). Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage para obtener sus beneficios de Medicare. Nosotros no ofrecemos un plan Medicare Advantage. Revise la información sobre cómo se coordinan los beneficios con los planes Medicare Advantage en la página 126.
- Parte D (cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare). Hay una prima mensual para la cobertura de la Parte D. Antes de inscribirse en la Parte D de Medicare, revise la notificación importante de divulgación que publicamos acerca de la cobertura de medicamentos con receta médica del Programa de FEHB y Medicare. La notificación se encuentra en la primera página en el interior de este folleto.
  Para las personas con ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web de la Administración del Seguro Social, en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 800-772-1213, TTY: 800-325-0778.

- **¿Debería inscribirme en Medicare?**

La decisión de inscribirse en Medicare es personal. Nosotros lo alentamos a solicitar los beneficios de Medicare 3 meses antes de cumplir 65 años. Es sencillo. Solo debe llamar al número de teléfono gratuito de la Administración del Seguro Social al 800-772-1213, TTY: 800-325-0778, para acordar una cita para la solicitud. En caso de que no solicite una o más partes de Medicare, de todos modos, puede disfrutar de la cobertura del Programa de FEHB.

En caso de que pueda obtener cobertura de la Parte A sin prima, le recomendamos que se inscriba. La mayoría de los empleados federales y los titulares de beneficios tienen derecho a la Parte A de Medicare a la edad de 65 años **sin costo alguno**. Cuando no tiene que pagar ninguna prima por la Parte A de Medicare, resulta muy práctico obtener la cobertura. Puede reducir su desembolso directo, así como el costo para el Programa de FEHB, lo que, a su vez, puede ayudar a mantener bajas las primas del Programa de FEHB.

Todo el mundo paga una prima para obtener la cobertura de la Parte B de Medicare. La Administración del Seguro Social puede proporcionarle información sobre las primas y los beneficios. Una vez que haya revisado esta información, podrá decidir si le conviene contratar la cobertura de la Parte B de Medicare. Si no se inscribe en la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B de Medicare de un 10% de aumento en las primas por cada período de 12 meses que no esté inscrito. Si no asumió la Parte B a los 65 años porque tenía cobertura de FEHB como empleado activo (o tenía cobertura del plan de seguro de salud grupal de su cónyuge y este trabajaba activamente), puede inscribirse en la Parte B (generalmente, sin aumento de las primas) en el término de 8 meses a partir del momento en que usted o su cónyuge dejan de trabajar o ya no tienen cobertura del plan grupal. Además, puede inscribirse en cualquier momento mientras tenga cobertura del plan grupal. Si es elegible para recibir Medicare, es posible que tenga opciones con respecto a cómo recibir su atención médica. Medicare Advantage es el término que se utiliza para describir las distintas opciones de planes de salud privados disponibles para los beneficiarios de Medicare. La información que figura en las páginas siguientes muestra cómo coordinamos los beneficios con Medicare, dependiendo de si tiene el Plan Original Medicare o un plan Medicare Advantage privado.

(Consulte la página 128 para obtener información sobre cómo brindamos beneficios cuando tiene más de 65 años y no tiene Medicare).

- **El Plan Original Medicare (Parte A o Parte B)**

El Plan Original Medicare (Original Medicare) está disponible en todo Estados Unidos. Es la forma en que la mayoría solía recibir beneficios de Medicare y es la forma en que la mayoría de las personas reciben ahora los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Puede visitar a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare. El Plan Original Medicare paga su parte y usted paga la suya. La ley exige que todos los médicos y otros proveedores presenten los reclamos directamente a Medicare para los miembros que tienen la Parte B de Medicare, cuando Medicare es el pagador primario. Esto regirá ya sea que acepten Medicare o no. Si está inscrito en este Plan y en el Plan Original Medicare, de todos modos, debe cumplir con las normas de este folleto para que le brindemos cobertura por su atención. Por ejemplo, sigue siendo obligatorio obtener aprobación previa para algunos medicamentos con receta médica y trasplantes de órganos y tejidos antes de que paguemos los beneficios. Sin embargo, no tiene que obtener certificación previa para estadías en el hospital como paciente hospitalizado cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario (consulte la página 19 para conocer las excepciones).

Procedimiento para reclamos cuando participa en el Plan Original Medicare: es probable que nunca tenga que presentar un formulario de reclamos cuando tenga nuestro Plan y el Plan Original Medicare.

Cuando somos el pagador primario, procesamos el reclamo primero. Cuando el Plan Original Medicare es el pagador primario, Medicare procesa su reclamo primero. En la mayoría de los casos, sus reclamos se coordinarán automáticamente y luego proporcionaremos beneficios secundarios por los cargos cubiertos. Para averiguar si necesita hacer algo para presentar sus reclamos, llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Renunciamos a algunos costos si el Plan Original Medicare es su pagador primario.
Renunciaremos a algunos costos de desembolso directo, como se indica a continuación:

Cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario:

- Eximiremos el pago de nuestro deducible y coseguro por año calendario.
- Cuando haya agotado sus beneficios de la Parte A de Medicare, debe pagar el coseguro cuando se haya alcanzado el deducible por año calendario para las admisiones como paciente hospitalizado.
  Nota: Se requiere certificación previa.

Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario:

- Eximiremos el pago de nuestro deducible, coseguro y copagos del año calendario por servicios y suministros para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica y servicios de centros de salud ambulatorios.

Nota: No renunciamos a las limitaciones de beneficios, como el límite de 10 visitas para las visitas de atención de enfermería especializada domiciliaria. Además, no renunciamos a ningún coseguro ni copago por medicamentos con receta médica.
Puede encontrar más información sobre cómo nuestro Plan coordina los beneficios con Medicare en nuestra *Guía Medicare y usted para empleados federales* disponible en línea en www.fepblue.org.

- **Infórmenos sobre su cobertura de Medicare**

Debe informarnos si usted o un miembro cubierto de su familia tienen cobertura de Medicare y, si así lo pedimos, permitirnos obtener información sobre los servicios negados o pagados a través de Medicare. También debe notificarnos sobre cualquier otra cobertura que pudieran tener usted o los miembros cubiertos de su familia, dado que esta cobertura puede afectar las obligaciones como pagador primario/secundario de este Plan y de Medicare.

- **Contrato privado con su médico**

Si está inscrito en la Parte B de Medicare, un médico puede pedirle que firme un contrato privado en el que se acepte que se le puede facturar directamente por servicios que suelen estar cubiertos por el Plan Original Medicare. Si firma un contrato, Medicare no pagará ningún porcentaje de los cargos y no aumentaremos nuestro pago. Nuestro pago aún se limitará a la cantidad que habríamos pagado después del pago del Plan Original Medicare. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto facturado y el monto que pagamos.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si es elegible para recibir Medicare, puede optar por inscribirse y recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage. Estos son distintos planes de atención médica privados (similares a HMO y PPO regionales) que están disponibles en algunas áreas del país. Para obtener más información sobre los planes Medicare Advantage, comuníquese con Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227), TTY: 877-486-2048, o visite www.medicare.gov.
Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, tiene las siguientes opciones:
Este Plan y un plan Medicare Advantage de otro plan: puede inscribirse en un plan Medicare Advantage de otro plan y continuar estando inscrito en nuestro Plan de FEHB. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, infórmenos al respecto. Necesitaremos saber si está inscrito en el Plan Original Medicare o en un plan Medicare Advantage para poder coordinar correctamente los beneficios con Medicare.
Brindamos beneficios por atención recibida de proveedores preferidos cuando su plan Medicare Advantage sea el pagador primario, incluso fuera de la red o del área de servicio del plan Medicare Advantage. Sin embargo, no renunciaremos a ninguno de nuestros copagos ni coseguro por los servicios que reciba de proveedores preferidos que no participen en el plan Medicare Advantage. Recuerde que debe recibir atención de proveedores preferidos para recibir los beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.
Suspensión de la cobertura de FEHB para inscribirse en un plan Medicare Advantage: si es titular de beneficios o excónyuge, puede suspender su cobertura de FEHB e inscribirse en un plan Medicare Advantage, lo que elimina su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a la prima de su plan Medicare Advantage). Para obtener información sobre cómo suspender su inscripción en el Programa de FEHB, comuníquese con su oficina de jubilación. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de FEHB, por lo general, podrá hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierda involuntariamente la cobertura o se mude fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

- **Cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (Parte D)**

Cuando somos el pagador primario, procesamos el reclamo primero. Si se inscribe en la Parte D de Medicare y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos los reclamos para determinar sus costos de medicamentos con receta médica que no cuentan con cobertura de la Parte D de Medicare y evaluaremos la posibilidad de pagarlos en virtud del Plan de FEHB.

- **Cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (Parte B)**

Este plan de salud **no** coordina sus beneficios de medicamentos con receta médica con la Parte B de Medicare.

Medicare siempre toma la decisión final con respecto a si ellos son el pagador primario. El siguiente cuadro explica si Medicare o este Plan deben ser el pagador primario para usted según su situación de empleo y otros factores estipulados por Medicare. Es fundamental que nos diga si usted o un miembro cubierto de su familia tienen cobertura de Medicare para que podamos aplicar correctamente estos requisitos. **(Tener cobertura de más de dos planes de salud puede cambiar el orden de los beneficios determinado en este cuadro).**

Cuadro para el pagador primario		
A. Cuando usted o su cónyuge con cobertura tienen 65 años o más y tienen Medicare, y usted…	**El pagador primario del individuo con Medicare es…**	
	Medicare	**Este Plan**
1) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como un empleado activo.		✓
2) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como titular de beneficios o través de su cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
3) Tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge que es empleado activo.		✓
4) Es titular de beneficios, el gobierno federal lo ha empleado nuevamente y su cargo está excluido de FEHB (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y no tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
5) Es titular de beneficios, el gobierno federal lo ha empleado nuevamente y su cargo no está excluido de FEHB (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y…		
• Tiene cobertura de FEHB por su cuenta o a través de su cónyuge que también es empleado activo.		✓
• Tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
6) Es un juez federal que se jubiló conforme al Título 28 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), o un juez de un tribunal de derecho tributario que se jubiló conforme al Artículo 7447 del Título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto es un juez con estas características) y usted no tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
7) Está inscrito en la Parte B solamente, sin importar la clasificación de su empleo.	✓ para los servicios de la Parte B	✓ para los demás servicios
8) Es un empleado federal que recibe los beneficios para personas discapacitadas de la Compensación del Trabajador durante seis meses o más.	✓ *	
B. Cuando usted o un miembro cubierto de su familia…		
1) Tiene Medicare únicamente debido a que padece de insuficiencia renal en la etapa final (end stage renal disease, ESRD) y…		
• Está dentro de los primeros 30 meses del período de elegibilidad o de adquisición de derechos para recibir los beneficios de Medicare debido a que padece de ESRD **(período de coordinación de 30 meses)**		✓
• Se ha cumplido el período de coordinación de 30 meses y usted o un miembro de su familia aún tiene derecho a recibir Medicare debido a que padece de ESRD.	✓	
2) Es elegible para Medicare debido a que padece de ESRD mientras todavía es beneficiario de Medicare y…		
• Este Plan era el pagador primario antes de ser elegible por padecer de ESRD **(durante el período de coordinación de 30 meses).**		✓
• Medicare era el pagador primario antes de ser elegible por padecer de ESRD.	✓	
3) Tiene Continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage, TCC) y…		
• Medicare según la edad y la discapacidad.	✓	
• Medicare según ESRD **(durante el período de coordinación de 30 meses).**		✓
• Medicare según ESRD **(después del período de coordinación de 30 meses).**	✓	
C. Cuando usted o un miembro cubierto de su familia son elegibles para Medicare únicamente debido a una discapacidad y usted…		
1) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como empleado activo o a través de un miembro de la familia que también es empleado activo.		✓
2) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como titular de beneficios o a través de un miembro de la familia que es titular de beneficios.	✓	
D. Cuando usted tiene cobertura en virtud de la disposición de Equidad para el Cónyuge de FEHB como excónyuge	✓	

*La Compensación del Trabajador es el pagador primario para los reclamos relacionados con su afección en virtud de la Compensación del Trabajador.

Si tiene 65 años o más y no tiene Medicare

De acuerdo con la ley de FEHB, debemos limitar nuestros pagos por **atención en el hospital para pacientes hospitalizados** y por **atención médica** a aquellos pagos que tendría derecho a recibir si tuviera Medicare. Su médico y su hospital deben respetar las normas de Medicare y no pueden facturarle más de lo que le facturarían si tuviera Medicare. Usted y el FEHB se benefician con estos límites de pagos. La atención en el hospital para pacientes ambulatorios y la atención no médica no están contempladas por esta ley, por lo que corresponden los beneficios normales del Plan. El siguiente cuadro incluye más información sobre los límites.

Si usted:

- tiene 65 años o más; y
- no tiene la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o ninguno de los dos; y
- participa en este Plan como titular de beneficios, como excónyuge, o como miembro de la familia de un titular de beneficios o su excónyuge; y
- no está empleado en un puesto que brinda la cobertura de FEHB. (Su oficina de empleo puede decirle si esto le corresponde).

Entonces, por su atención en el hospital para pacientes hospitalizados:

- La ley estipula que debemos basar nuestro pago en una cantidad (la "cantidad equivalente de Medicare") establecida según las normas de Medicare por el que pagaría Medicare, no en el cargo real.
- Usted es responsable del deducible, coseguro o copagos que le corresponda pagar de acuerdo con este Plan.
- Usted no es responsable de pagar ningún cargo mayor que el monto equivalente de Medicare; le mostraremos ese monto en el formulario de Explicación de beneficios (EOB) que le enviemos.
- La ley prohíbe que un hospital le cobre más que el monto equivalente de Medicare.

Además, con respecto a la atención médica, la ley nos exige basar nuestro pago y su coseguro o copago aplicable en lo siguiente:

- un monto establecido por Medicare que se denomina la "cantidad autorizada por Medicare"; o
- el cargo real, si este es más bajo que la cantidad autorizada por Medicare.

Si su médico:	**Usted debe pagar:**
Participa en Medicare o acepta la asignación de Medicare por el reclamo y pertenece a nuestra red preferida.	Sus deducibles, coseguro y copagos
Participa en Medicare y **no** pertenece a nuestra red preferida.	Todos los cargos
No participa en Medicare y pertenece a nuestra red preferida.	Sus deducibles, coseguro, copagos y el saldo que corresponda hasta el 115% de la cantidad autorizada por Medicare Nota: En muchos casos, su pago será inferior debido a nuestros acuerdos preferidos. Comuníquese con su Plan Local para obtener información sobre cuánto puede cobrarle su proveedor preferido en particular.
No participa en Medicare y **no** es miembro de nuestra red preferida.	Todos los cargos
Renuncia a Medicare a través de un contrato privado y forma parte de nuestra red preferida.	Sus deducibles, coseguro, copagos y el saldo que le cobre su médico

Por lo general, es una ventaja financiera utilizar un médico que participe en Medicare. Dichos médicos solo tienen permitido cobrar hasta la cantidad autorizada por Medicare.

Nuestro formulario de Explicación de beneficios (EOB) le dirá cuánto puede cobrarle el médico u hospital. Si su médico u hospital tratan de cobrarle más de la cantidad que permite la ley, pídales a su médico u hospital que reduzcan los cargos. Si ha pagado más de lo permitido, solicite un reembolso. Si necesita ayuda, llámenos.

Médicos que renuncian a Medicare

Un médico puede haber renunciado a Medicare y puede pedirle o no que firme un contrato privado en el que acepta que se le pueda facturar directamente a usted por los servicios habitualmente cubiertos por el Plan Original Medicare. Esta situación es diferente de un médico no participante, y le recomendamos que le pregunte a su médico si ha decido renunciar a Medicare. Si visita un médico que ha renunciado a Medicare, el médico no tendrá el límite del 115% de la cantidad autorizada por Medicare. Puede ser elegible para pagar la diferencia entre el monto facturado y nuestros beneficios dentro de la red/fuera de la red normales.

Si tiene el Plan Original Medicare (Parte A, Parte B o ambas)

Limitamos nuestro pago hasta un monto que complemente los beneficios que pagaría Medicare a través de la Parte A de Medicare (seguro para hospitales) y la Parte B de Medicare (seguro médico), independientemente de que Medicare pague o no.

Nota: Pagamos nuestros beneficios normales para los servicios de emergencia a un proveedor de un centro de salud, como un hospital, que no participa en Medicare y que no recibe reembolso de Medicare.

Utilizamos la Asesoría de remisión equivalente a Medicare (Medicare-Equivalent Remittance Advice, MRA) del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) cuando se presenta la declaración de MRA para determinar nuestro pago por servicios cubiertos prestados a usted si Medicare es el pagador primario, cuando Medicare no paga al centro de salud de VA.

Si está cubierto por la Parte B de Medicare como pagador primario, sus costos de desembolso directo por servicios cubiertos tanto por nosotros como por la Parte B de Medicare dependen de si su médico acepta la cesión de Medicare por el reclamo.

Debe consultar a proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 18 para conocer las excepciones a este requisito.

- Si su médico **acepta** la cesión de Medicare, usted no paga nada por los cargos cubiertos.
- Si su médico **no acepta** la cesión de Medicare, usted paga la diferencia entre el "cargo límite" o el cargo del médico (el que sea menor) y nuestro pago combinado con el pago de Medicare.

Es importante que sepa que el médico que no acepta la cesión de Medicare no puede facturarle más del 115% de la cantidad en la que Medicare basa sus pagos, llamado el "cargo límite". El formulario de Resumen de Información de Medicare (Medicare Summary Notice, MSN) que reciba de Medicare incluirá más información sobre el cargo límite. Si su médico trata de cobrarle más del monto que permite la ley, pídale que reduzca los cargos. Si no lo hace, denúncielo a la aseguradora de Medicare que le envió el formulario de MSN. Llámenos si necesita asistencia.

Revise la siguiente tabla que ilustra sus responsabilidades de costo compartido cuando Medicare es su pagador primario **y** su proveedor forma parte de nuestra red y participa en Medicare, en comparación con lo que paga sin Medicare. No se base únicamente en este gráfico; lea toda la información de esta sección del folleto. Puede encontrar más información sobre cómo nuestro Plan coordina con Medicare en nuestra *Guía Medicare y usted para empleados federales* disponible en línea en www.fepblue.org.

Descripción de los beneficios	FEP Blue Focus Usted paga **sin** las Partes A y B de Medicare	FEP Blue Focus Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare
Deducible	$0.00	$0.00
Desembolso directo máximo	$6,500, solicitante únicamente $13,000, familia	$6,500, solicitante únicamente $13,000, familia
Reembolso de primas de la Parte B	N/C	N/C
Médico de atención primaria	$10 o 30%	$0.00
Especialista	$10 o 30%	$0.00
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	30%	$0.00
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	30%	$0.00
Incentivos ofrecidos	N/C	N/C

Sección 10. Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto

Lesión accidental	Una lesión causada por una fuerza o un agente externos, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata, incluidas mordidas y picaduras venenosas de animales. Nota: Las lesiones sufridas en los dientes mientras come **no** se consideran lesiones accidentales. La atención dental por una lesión accidental se limita al tratamiento dental necesario para reparar los dientes naturales sanos.
Admisión	El período comprendido entre el ingreso (admisión) como paciente hospitalizado en un hospital (u otro centro de salud cubierto) hasta que se recibe el alta. Al contabilizar los días por la atención de pacientes hospitalizados, la fecha de ingreso y la fecha de alta se cuentan como el mismo día.
Planificación de atención avanzada	Recepción de información sobre los tipos de tratamientos de soporte vital que se encuentran disponibles, ejecución de directivas anticipadas y otros formularios estándar o, si tiene un diagnóstico de enfermedad terminal y toma decisiones sobre la atención que quisiera recibir si no puede hablar sin ayuda.
Agentes	Los medicamentos y otras sustancias o productos administrados por boca, inhalados, que le coloquen o inyecten para diagnosticar, evaluar o tratar su afección. Los agentes incluyen medicamentos y otras sustancias o productos necesarios para realizar pruebas, como tomografías óseas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, exploraciones pulmonares y radiografías, al igual que aquellas inyectadas en la articulación.
Cesión	Una autorización del inscripto o su cónyuge para que paguemos beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarle directamente a usted, en calidad de inscripto, por todos los servicios cubiertos. El miembro no puede ceder los beneficios proporcionados en virtud del contrato a ninguna persona sin la aprobación expresa por escrito de la aseguradora y, en ausencia de dicha aprobación, cualquier cesión de este tipo será nula. Visite www.fepblue.org para obtener un formulario de autorización válido.
Tecnología de reproducción asistida (ART)	Servicios de reproducción, pruebas y tratamientos que involucran la manipulación de óvulos, espermas y embriones para lograr el embarazo. En general, los procedimientos de tecnología de reproducción asistida (ART) se utilizan para extraer óvulos de una mujer, combinarlos con el esperma en un laboratorio y luego implantar los embriones o donarlos a otra mujer.
Medicamento biológico	Un medicamento o producto complejo que se produce en un organismo vivo o sus componentes y se usa como agente terapéutico, preventivo o de diagnóstico.
Medicamento biosimilar	Un medicamento biológico aprobado por la FDA de los EE. UU., que se considera muy similar a un medicamento biológico de marca original, sin diferencias clínicamente significativas respecto del medicamento biológico original en cuanto a seguridad, pureza y potencia.
Medicamento biosimilar intercambiable	Un medicamento biosimilar aprobado por la FDA de los EE. UU. que puede sustituir automáticamente el medicamento biológico de marca original.
Año calendario	Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para los nuevos inscriptos, el año calendario comienza en la fecha de vigencia de la inscripción y finaliza el 31 de diciembre del mismo año.
Aseguradora	The Blue Cross and Blue Shield Association, en nombre de los Planes Locales de Blue Cross and Blue Shield.
Ensayos clínicos	Un ensayo clínico aprobado incluye un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o afección que pone en peligro la vida; y posee financiación federal, se lleva a cabo en virtud de una solicitud de un nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.; o es un ensayo de un medicamento que está exento del requisito de solicitud de un nuevo medicamento en investigación.
Coseguro	El coseguro es el porcentaje de nuestra cantidad autorizada que debe pagar por su atención. Es posible que también deba pagar otros montos. Consulte la página 28.
Reclamos de atención simultánea	Un reclamo para atención continua o un tratamiento continuo que está sujeto a aprobación previa. Consulte la página 26 en la Sección 3.

Anomalía congénita Afección que existía en el momento del nacimiento o después de este y que constituye una desviación importante de la forma o la norma común. Los siguientes son ejemplos de anomalías congénitas: deformidades de las orejas, labio leporino, paladar hendido, manchas de nacimiento, genitales ambiguos y membranas interdigitales en los dedos de las manos y los pies. Nota: Las anomalías congénitas no incluyen afecciones relacionadas con los dientes ni las estructuras intrabucales que sostienen los dientes.

Copago Un copago es un monto fijo de dinero que paga cuando recibe servicios cubiertos. Consulte la página 28.

Beneficios básicos Beneficios en función de FEP Blue Focus que tienen un copago bajo o no tienen copago. Los beneficios BÁSICOS no están sujetos al deducible ni al coseguro. En general, los beneficios se utilizan para recibir atención general y para mantener su salud y bienestar generales, pero también incluyen cobertura para manipulaciones de la columna, acupuntura y lesiones accidentales.

Cirugía estética Cualquier procedimiento quirúrgico o cualquier parte de un procedimiento llevado a cabo principalmente para mejorar el aspecto físico a través de un cambio en la forma del cuerpo, excepto cuando sea para reparar una lesión accidental o para restablecer o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una enfermedad o cirugía, o para corregir una anomalía congénita.

Costos compartidos "Costos compartidos" es el término general utilizado para hacer referencia a sus costos de desembolso directo (p. ej., deducible, coseguro y copagos) por la atención cubierta que recibe.

Servicios cubiertos Los servicios para los que proporcionamos beneficios, según se describe en este folleto.

Atención de custodia o de largo plazo La atención en centros de salud que no requiere el acceso a todos los aspectos de los servicios prestados por profesionales de atención médica con licencia que están disponibles las 24 horas del día en el ámbito de hospitalización para enfermos agudos, a fin de evitar consecuencias inminentes, graves, médicas o psiquiátricas. Por "centros de salud", se hace referencia a los servicios prestados en un hospital, centro de salud para atención de largo plazo, centro de salud para atención prolongada, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento residencial, escuela, centros de rehabilitación, hogares de grupo o cualquier otro centro de salud proveedor de servicios o tratamientos especializados o no especializados a individuos cuyas afecciones se hayan estabilizado. La atención de custodia o de largo plazo también puede proporcionarse en el hogar del paciente, independientemente de cómo se defina.

La atención de custodia o de largo plazo puede incluir servicios que una persona sin capacitación médica podría brindar sin riesgos y adecuadamente con un mínimo de capacitación, o que principalmente ayudan al paciente en actividades de la vida diaria, por ejemplo:

1. Atención personal, incluida ayuda para caminar, levantarse de la cama y acostarse, bañarse, comer (con una cuchara, por un tubo o gastrostomía), hacer ejercicio o vestirse
2. Tareas domésticas, como preparar comidas o dietas especiales
3. Movilización del paciente
4. Actuar como compañero o cuidador
5. Supervisar la administración de medicamentos que generalmente pueden ser administrados por el mismo paciente
6. Tratamientos o servicios que una persona puede brindar con un mínimo de preparación, como tomar el pulso, la temperatura y el ritmo respiratorio, o administrar y controlar los sistemas de alimentación

Nosotros no ofrecemos beneficios para la atención de custodia o de largo plazo, independientemente de quién la recomienda o dónde se preste. La Aseguradora, su personal médico o una revisión médica independiente determinan qué servicios se consideran de atención de custodia o de largo plazo.

Equipo médico duradero Equipos y suministros con las siguientes características:

1. Fueron indicados por su médico (es decir, el médico que lo está tratando por su enfermedad o lesión).
2. Son médicamente necesarios.
3. Se utilizan principal y habitualmente solo con fines médicos.
4. Por lo general, son útiles solo para una persona con una enfermedad o lesión.
5. Fueron diseñados para uso prolongado.
6. Cumplen un objetivo terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Servicios experimentales o de investigación

Experimental o de investigación significará lo siguiente:

1. Un medicamento, dispositivo o producto biológico que no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.; y, al momento en que se suministra, no se ha otorgado la aprobación para su comercialización.
2. Hay pruebas confiables que demuestran que el servicio de atención médica (p. ej.: procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento o producto biológico) es objeto de ensayos clínicos en desarrollo en fase I, II o III, o que se encuentra en estudio para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia; o su eficacia en comparación con los medios de tratamiento o diagnóstico habituales.
3. Hay pruebas confiables que demuestran que la opinión de consenso de los expertos con respecto al servicio de atención médica (p. ej., procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento o producto biológico) es que se requieren nuevos estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia; o su eficacia en comparación con los medios de tratamiento o diagnóstico habituales.
4. Hay pruebas confiables que demuestran que el servicio de atención médica (p. ej.: procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento o producto biológico) no mejora el resultado de salud neto, no tiene tantos beneficios como cualquier otra alternativa establecida o no produce mejoras fuera del ámbito de la investigación.

Únicamente se considerarán pruebas confiables la evidencia publicada en obras médicas evaluadas por pares que cuenta con el reconocimiento general de la comunidad médica pertinente y las recomendaciones de la sociedad de médicos especializados, como las siguientes:

1. Informes y artículos publicados en obras médicas y científicas con autoridad en la materia
2. El protocolo o los protocolos por escrito que utiliza el centro de salud a cargo del tratamiento, o el (los) protocolo(s) de otro centro de salud que haya desarrollado un estudio considerable del mismo medicamento, dispositivo, producto biológico o tratamiento o procedimiento médico
3. El consentimiento informado por escrito que utiliza el centro de salud a cargo del tratamiento u otro centro de salud que haya desarrollado un estudio considerable del mismo medicamento, dispositivo, producto biológico o tratamiento o procedimiento médico

Alternativo genérico

Un alternativo genérico es un medicamento genérico aprobado por la FDA de los EE. UU. dentro de la misma clase o del mismo grupo de medicamentos que su medicamento de marca. El efecto terapéutico y el perfil de seguridad de un alternativo genérico son similares a su medicamento de marca, pero posee un ingrediente activo diferente.

Equivalente genérico

Un equivalente genérico es un medicamento cuyos ingredientes activos son idénticos en la composición química a aquellos de su contraparte de marca. Los ingredientes inactivos pueden no ser los mismos. Un medicamento genérico se considera "equivalente" si ha sido aprobado por la FDA de los EE. UU. como intercambiable con su medicamento de marca.

Cobertura de salud colectiva

La cobertura de atención médica para la que es elegible en función de su empleo, asociación o vinculación con una organización o un grupo en particular, y que proporciona el pago de servicios o suministros médicos, o paga una cantidad específica de más de $200 por día por hospitalización (incluida la prórroga de cualquiera de estos beneficios a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA]).

Profesional de atención médica

Un médico u otro profesional de atención médica autorizado, acreditado o certificado para prestar los servicios de salud especificados de acuerdo con la ley estatal. Consulte la página 16 para obtener información sobre cómo determinamos los profesionales de atención médica que están cubiertos por este Plan.

Evaluación de riesgos de salud (HRA)

Un cuestionario diseñado para evaluar su estado de salud en general e identificar los riesgos potenciales de salud. Los miembros del Plan de Beneficios de Servicio tienen acceso a la HRA de Blue Cross and Blue Shield (llamada "Evaluación de Salud de Blue") que está respaldada por un programa computarizado que analiza la información sobre su salud y estilo de vida, y le proporciona un plan de acción de salud personal y confidencial que está protegido por las disposiciones de seguridad y privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Los resultados de la Evaluación de Salud de Blue incluyen sugerencias prácticas para realizar cambios saludables, así como información importante sobre la salud acerca de la que le recomendamos conversar con su proveedor de atención médica. Para obtener más información, visite nuestro sitio web, www.fepblue.org.

Pacientes hospitalizados

Usted es un paciente hospitalizado cuando lo admiten formalmente en un hospital con una orden de un médico.
Nota: La atención de pacientes hospitalizados requiere certificación previa. Para algunos servicios y procedimientos también debe obtenerse aprobación previa. Consulte la página 19.

Atención intensiva para pacientes ambulatorios

Un programa de tratamiento integral y estructurado como paciente ambulatorio que incluye períodos prolongados de sesiones de terapia individual o de grupo destinadas a ayudar a los miembros con trastornos de salud mental o por consumo de sustancias. Es un sistema intermedio entre la terapia tradicional para pacientes ambulatorios y la hospitalización parcial que generalmente se brinda en un centro de salud para pacientes ambulatorios o un consultorio profesional para pacientes ambulatorios. Las sesiones del programa pueden tener lugar más de un día por semana. Los plazos y la frecuencia varían según el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad.

Plan Local

Un Plan de Blue Cross o Blue Shield que cubre un área geográfica determinada.

Alimentos medicinales

El término alimento medicinal, conforme a lo definido en la Sección 5(b) de la Ley de Medicamentos Huérfanos, Sección 360ee (b) (3) del Título 21 U.S.C., es "un alimento que está formulado para ser consumido o administrado bajo la completa supervisión de un médico y está destinado al control nutricional específico de una enfermedad o afección para la cual los requisitos nutricionales distintivos, basados en los principios científicos reconocidos, se establecen por la evaluación médica". En general, para ser considerado un alimento medicinal, un producto debe cumplir, como mínimo, con los siguientes criterios: el producto debe ser un alimento para alimentación oral o por sonda; el producto debe tener una etiqueta que indique que es para el control nutricional de un trastorno médico, una enfermedad o una afección en particular para los que existen requisitos nutricionales distintivos; y el producto debe estar destinado para su uso bajo supervisión médica.

Necesidad médica

Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que reúnen los criterios de necesidad médica. "Necesidad médica" significará los servicios de atención médica que un médico, hospital u otro proveedor profesional o centro de salud cubiertos, en el ejercicio de juicio clínico prudente, daría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que tienen las siguientes características:

1. Están de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados en los Estados Unidos.
2. Son clínicamente apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y se los considera efectivos para la enfermedad, lesión o afección del paciente, o sus síntomas.
3. No son principalmente para la comodidad del paciente, el médico u otro proveedor de atención médica y no son más costosos que un servicio alternativo o secuencia de servicios que tenga al menos la misma probabilidad de producir resultados de diagnóstico o terapéuticos que el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente, o sus síntomas.
4. No forman parte ni se relacionan con la educación académica o la capacitación vocacional del paciente.
5. En el caso de la atención de pacientes hospitalizados, solo puede proporcionarse en forma segura en un ámbito de hospitalización.

A estos fines, "estándares de práctica médica generalmente aceptados" se refiere a los estándares basados en evidencias científicas confiables, publicadas en obras médicas evaluadas por pares que cuentan con el reconocimiento general de la comunidad médica pertinente y las recomendaciones de la sociedad de médicos especializados.

El hecho de que uno de nuestros médicos, hospitales u otros proveedores profesionales o centros de salud cubiertos haya recetado, recomendado o aprobado un servicio o suministro no significa, de por sí, que sean médicamente necesarios ni que estén cubiertos a través de este Plan.

Afecciones agudas menores

En virtud del beneficio de telesalud, tiene acceso a demanda a la atención en casos de afecciones comunes que no sean de emergencia. Algunos ejemplos de afecciones frecuentes incluyen problemas con los senos paranasales, erupciones, alergias, síntomas de resfrío y gripe, etc.

Casos inadmisibles

Errores en la atención médica que son claramente identificables, evitables y graves en sus consecuencias, tales como cirugías practicadas en una parte equivocada del cuerpo, y afecciones específicas que puede contraer durante su estadía en el hospital, tales como escaras graves de decúbito. Consulte la página 8 para obtener más información.

Beneficios no básicos

Los servicios médicos cubiertos en función de los beneficios NO BÁSICOS de FEP Blue Focus están sujetos al deducible y al coseguro. Estos servicios incluyen la hospitalización, la cirugía, la cobertura de trasplantes, etc.

Servicios de observación

Aunque pase la noche en una habitación del hospital y reciba comidas y otros servicios hospitalarios, algunos servicios hospitalarios, incluidos los **"servicios de observación"**, en realidad, son de atención para pacientes ambulatorios. La atención de observación incluye atención proporcionada a los miembros que requieren un tratamiento o un control significativo antes de que un médico pueda decidir si los admite como paciente hospitalizado o les da el alta a casa. El proveedor puede necesitar de 6 a 24 horas o más para tomar esa decisión.

Si está en el hospital durante más de algunas horas, siempre pregunte al médico o al personal del hospital si su estadía se considera como paciente hospitalizado o ambulatorio.

Pacientes ambulatorios

Usted es un paciente ambulatorio si está recibiendo servicios del departamento de emergencias, servicios de observación, cirugía ambulatoria, análisis de laboratorio, radiografías u otros servicios hospitalarios, y el médico no ha escrito una orden para admitirlo en un hospital como paciente hospitalizado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio si lo admiten en una sala del hospital para observación y pasa la noche en el hospital.

Cantidad autorizada por el Plan

Nuestra cantidad autorizada por el Plan es la cantidad que utilizamos para calcular nuestro pago y su costo compartido por servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio calculan sus cantidades autorizadas de diferentes maneras. Si el monto que factura su proveedor por servicios cubiertos es menor que nuestra cantidad autorizada, basamos la parte que le corresponde pagar (coseguro, deducible o copagos) en el monto facturado. Calculamos nuestra cantidad autorizada de la siguiente forma:

- **Proveedores de la PPO** (proveedores preferidos): nuestra cantidad autorizada (la que podemos llamar "cantidad autorizada para proveedores preferidos" [Preferred Provider Allowance, PPA]) es la cantidad negociada que los proveedores preferidos (hospitales y otros centros de salud, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que tienen contrato con cada Plan Local de Blue Cross and Blue Shield y las farmacias minoristas que tienen contrato con CVS Caremark) han estado de acuerdo en aceptar como pago total cuando pagamos los beneficios primarios.

  Nuestra cantidad autorizada de la PPO incluye todos los descuentos de los que tengamos conocimiento y que podamos calcular con exactitud en el momento de procesar su reclamo. Para los centros de salud de la PPO, en ocasiones, nos referimos a nuestra cantidad autorizada como "tarifa preferida". La tarifa preferida puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de haber procesado su reclamo que puede reducir o aumentar el monto que debemos pagar al centro de salud. Sin embargo, el costo compartido que debe pagar (si corresponde) no cambia. Si el monto de nuestro pago se reduce, acreditamos el monto en el que se redujo a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagamos ese costo en su nombre.
- **Proveedores participantes** (proveedor no preferido): nuestra cantidad autorizada (la que podemos llamar "cantidad autorizada para proveedores preferidos" [Preferred Provider Allowance, PPA]), aplicada cuando un servicio se paga debido a una excepción detallada en la página 18, es la cantidad negociada que estos proveedores (hospitales y otros centros de salud, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que tienen contrato con algunos Planes Locales de Blue Cross and Blue Shield) han estado de acuerdo en aceptar como pago total cuando pagamos beneficios primarios. Para los centros de salud, en ocasiones, nos referimos a nuestra cantidad autorizada como "tarifa del miembro". La tarifa del miembro incluye los descuentos de los que tengamos conocimiento que podamos calcular con exactitud en el momento de procesar su reclamo y puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de procesado su reclamo que puede reducir o aumentar la cantidad que debemos pagar al centro de salud. Sin embargo, el costo compartido que debe pagar (si corresponde) no cambia. Si el monto de nuestro pago se reduce, acreditamos el monto en el que se redujo a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagamos ese costo en su nombre.
- **Proveedores no participantes** (proveedor no preferido): no tenemos acuerdos con estos proveedores para limitar el monto que le pueden facturar por sus servicios. Esto significa que, si utiliza proveedores no participantes para las excepciones detalladas en la página 18, podría pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibe. Calculamos nuestra cantidad autorizada de la siguiente forma:
  - Para los servicios para pacientes hospitalizados en hospitales y otros centros de salud que no tienen contratos con su Plan Local de Blue Cross and Blue Shield ("centros de salud no miembros"), nuestra cantidad autorizada se basa en la cantidad autorizada por el Plan Local. La cantidad autorizada por el Plan Local varía por región y es determinada por cada Plan. Si desea obtener información adicional o la cantidad autorizada actual, llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Para las hospitalizaciones como resultado de emergencias médicas o lesiones accidentales, o para partos de emergencia, nuestra cantidad autorizada es el monto facturado.
  - Para los servicios de pacientes ambulatorios como resultado de emergencias médicas o lesiones

accidentales que sean facturados por centros de salud no miembros, nuestra cantidad autorizada es el monto facturado (menos cualquier monto por servicios no cubiertos).

- Para médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que no tienen contrato con su Plan Local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra cantidad autorizada es igual a la que sea mayor entre las siguientes: 1) el monto de la lista de cargos para proveedores participantes de Medicare o el precio de venta promedio (Average Sale Price, ASP) del medicamento de la Parte B de Medicare por el servicio, el medicamento o el suministro en el área geográfica en que fue realizado u obtenido; o bien (2) el 100% de la cantidad autorizada por el Plan Local. En la ausencia de un monto de la lista de cargos de proveedores participantes de Medicare o un ASP para cualquier servicio, medicamento o suministro, nuestra cantidad autorizada es la cantidad autorizada por el Plan Local. Comuníquese con su Plan Local si necesita más información. Podemos referirnos a nuestra cantidad autorizada para los proveedores no participantes como "cantidad autorizada para proveedor no participante" (Non-participating Provider Allowance, NPA).
- Para servicios de emergencia médica y por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias prestados en el departamento de emergencias de un hospital y prestados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que no tienen contrato con su Plan Local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra cantidad autorizada es igual a la que sea mayor entre las siguientes: 1) el monto de la lista de cargos para proveedores participantes de Medicare o el precio de venta promedio (ASP) del medicamento de la Parte B de Medicare por el servicio, el medicamento o el suministro en el área geográfica en que fue realizado u obtenido; 2) el 100% de la cantidad autorizada por el Plan Local por el servicio o suministro en el área geográfica en que fue realizado u obtenido; o bien 3) una cantidad autorizada basada en los servicios de proveedores preferidos equivalentes que se calcula según la Ley de Cuidado de Salud Asequible.
- Para los servicios que recibe fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. por parte de proveedores que no tienen contrato con nosotros ni con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI, Inc.), utilizamos nuestra Lista de cargos por servicios en el extranjero para determinar nuestra cantidad autorizada. Nuestra lista de cargos se basa en un porcentaje de las cantidades que autorizamos para proveedores no participantes en el área de Washington, D. C., o un porcentaje habitual del cargo facturado, de ellos el que sea mayor.

¡Aviso importante acerca del uso de proveedores no participantes!

(Estos proveedores están cubiertos únicamente de manera excepcional).

Nota: **Si utiliza proveedores no participantes o no miembros (no preferidos) cuando se concede una excepción (consulte la página 18), es posible que deba pagar cantidades significativamente superiores por los servicios que recibe.** Los proveedores no participantes y no miembros no tienen obligación de aceptar nuestra cantidad autorizada como pago total. Si utiliza proveedores no participantes o no miembros, será responsable de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado (excepto en determinadas circunstancias que involucran atención de un profesional no participante cubierta; consulte a continuación). Además, será responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicables. Puede reducir sus gastos de desembolso directo al utilizar proveedores preferidos siempre que sea posible. Para encontrar un proveedor preferido, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámenos al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Le aconsejamos consultar siempre a proveedores preferidos para su atención.

Nota: Para **ciertos** servicios cubiertos de proveedores profesionales no participantes, puede limitarse su responsabilidad de la diferencia entre la cantidad autorizada para proveedores no participantes (NPA) y el monto facturado.

Solo en las situaciones que se mencionan a continuación, cuando la diferencia entre la NPA y el monto facturado por la atención de un profesional no participante cubierta es superior a $5,000 para un episodio de atención, su responsabilidad se limitará a $5,000 (además de cualquier monto correspondiente por copagos, coseguros o deducibles). Un episodio de atención se define como todos los servicios de profesionales no participantes cubiertos que recibe durante una visita a la sala de emergencias, una visita como paciente ambulatorio o una admisión en el hospital (incluidos los servicios de la sala de emergencias asociados o recibidos antes de la admisión), además de su primera visita de seguimiento como paciente ambulatorio a los proveedores profesionales no participantes que proporcionaron los servicios durante su admisión en el hospital o visita a la sala de emergencias.

- Cuando recibe atención en un hospital preferido de un proveedor profesional no participante como un radiólogo, anestesiólogo, enfermero anestesista registrado certificado (CRNA), patólogo, neonatólogo o subespecialista pediátrico y los proveedores profesionales son del hospital o son especialistas contratados fuera del hospital, ya sea sin su conocimiento o porque se necesitan para brindar servicios

expertos médicos o quirúrgicos en forma inmediata.
- Otra excepción considerada es cuando usted recibe atención por parte de un proveedor profesional no participante en un hospital preferido, miembro o no miembro por una emergencia médica o una lesión accidental (consulte la página 18).

Para obtener más información, consulte las *Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura* en la Sección 4. Para obtener más información sobre cómo les pagamos a los proveedores en el extranjero, consulte las páginas 30 y 109.

Reclamos posteriores al servicio
Todo reclamo que no es previo al servicio. Es decir, los reclamos posteriores al servicio son aquellos reclamos en los que el tratamiento se ha realizado y nos han enviado los reclamos para solicitar los beneficios.

Certificación previa
Deberá cumplir con el requisito de comunicarse con el Plan Local de Blue Cross and Blue Shield que cubre el área donde se proporcionarán los servicios, antes de ser admitido en el hospital para recibir atención de pacientes hospitalizados. Consulte la información sobre la certificación previa que se incluye en la Sección 3.

Acuerdo con la Organización de Proveedor Preferido (PPO)
Un acuerdo entre los Planes Locales y los médicos, los hospitales, las instituciones de atención médica y otros profesionales de atención médica cubiertos (o para farmacias minoristas, entre las farmacias y CVS Caremark) para proporcionarle servicios a un menor costo. La PPO le ofrece la oportunidad de reducir sus gastos de desembolso directo por su atención al seleccionar los centros de salud y proveedores de un grupo específico. Hay proveedores de la PPO disponibles en la mayoría de las áreas; utilizarlos siempre que sea posible ayuda a contener los costos de atención médica y reduce sus costos de desembolso directo. La selección de los proveedores de la PPO depende exclusivamente del Plan Local (o, para farmacias, de CVS Caremark). No podemos garantizar que ningún proveedor en particular continuará participando en estos acuerdos con la PPO.

Reclamos previos al servicio
Aquellos reclamos (1) que requieren certificación o aprobación previas; y (2) en los que no obtener la certificación o aprobación previas da como resultado una reducción de los beneficios.

Atención preventiva, adultos
La atención preventiva del adulto incluye los siguientes servicios: visitas al consultorio y exámenes preventivos (que incluyen servicios de detección de la salud para medir la estatura, el peso, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el índice de masa corporal [IMC]); radiografía de tórax; electrocardiograma; grupo de pruebas de salud general; grupo de pruebas metabólicas básicas o completas; pruebas de lipoproteínas en ayuno; análisis de orina; hemograma completo; pruebas de detección de diabetes mellitus, hepatitis B, hepatitis C y tuberculosis latente; pruebas de detección de trastornos por consumo de alcohol/sustancias; orientación sobre la reducción de riesgos de salud; pruebas de detección de depresión; pruebas de detección de clamidia, sífilis, gonorrea, VPH y VIH; detección de violencia de la pareja para mujeres en edad reproductiva; administración e interpretación de un cuestionario sobre Evaluación de riesgos de salud; pruebas de detección de cáncer, incluidas tomografías computarizadas de baja dosis para el cáncer de pulmón; pruebas de detección de aneurismas aórticos abdominales; y pruebas de detección de osteoporosis, según lo indicado específicamente en este folleto; y vacunas autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Nota: Los servicios de anestesia y patología relacionados con las pruebas de detección quirúrgicas colorrectales de prevención también se pagan como atención preventiva.

Aprobación previa
La confirmación por escrito de que se proporcionarán beneficios que dan las siguientes entidades:
1. el Plan Local del área donde se brindarán los servicios; o
2. el Programa de Farmacias Minoristas o el Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad.

Para obtener más información, consulte las descripciones de beneficios en la Sección 5 y *Otros servicios* en la Sección 3, en *Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios*, en las páginas 19 a 22.

Reembolso
La búsqueda de una indemnización de una aseguradora si una persona cubierta ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, en relación con la enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda haber sido responsable, cualquier póliza de seguro aplicable, o un programa de compensación de trabajadores o póliza de seguro; y los términos del plan de beneficios para la salud de la aseguradora exigen a la persona cubierta, como resultado de dicho pago, reembolsar a la aseguradora en la medida de los beneficios inicialmente pagados o proporcionados. El derecho de reembolso es acumulativo y no exclusivo del derecho de subrogación.

Repatriación
El acto de volver al país de nacimiento, nacionalidad u origen.

Servicios de rutina Servicios que no se relacionan con una enfermedad, lesión, conjunto de síntomas o atención por maternidad específicos (que no sean los costos de rutina asociados con un ensayo clínico según lo definido en la página 131).

Servicio de detección Un examen o una prueba de una persona sin signos ni síntomas de la enfermedad específica para la cual se realiza el examen o la prueba, para identificar cuáles son las posibilidades de padecer esa enfermedad y prevenir su aparición.

Diente natural sano Un diente que está entero o correctamente restaurado (restauración con amalgama o empaste de composite a base de resina únicamente), sin deterioro, enfermedad periodontal ni ninguna otra afección, y que no necesita tratamiento por ningún otro motivo, excepto por una lesión accidental. A los fines de este Plan, un diente restaurado anteriormente con corona, incrustaciones estéticas (onlays/inlays) o restauración de porcelana, o bien tratado por endodoncia, no se considera un diente natural sano.

Medicamentos de especialidad Los productos farmacéuticos incluidos en la Lista de medicamentos de especialidad de FEP Blue Focus que, por lo general, tienen un costo alto y una o más de las siguientes características:

- Agentes terapéuticos orales, inyectables, infundidos o inhalados, o productos de biotecnología
- Terapia de medicamentos compleja para una afección crónica o compleja, o alta posibilidad de efectos adversos del medicamento
- Capacitación especializada del paciente sobre la administración del medicamento (incluidos los suministros o dispositivos necesarios para la administración) y coordinación de la atención antes de la iniciación de la terapia de medicamentos o durante la terapia
- Cumplimiento del paciente y requisitos de control de seguridad únicos
- Requisitos únicos de manipulación, envío y almacenamiento

Subrogación La búsqueda de una indemnización de una aseguradora de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable o un programa de compensación de trabajadores o póliza de seguro, como sucesor de los derechos de una persona cubierta que sufrió una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios del plan de beneficios de salud de la aseguradora.

Dermatología mediante el servicio de telesalud En función del beneficio de telesalud, las afecciones dermatológicas que se ven y tratan incluyen, entre otras, las siguientes: acné, dermatitis, eccema, psoriasis, rosácea, queratosis seborreica, infecciones micóticas, sarna, lunares sospechosos y verrugas. Los miembros capturan imágenes digitales importantes, las combinan con las respuestas del cuestionario integral y envían esta información a la red de dermatología sin la necesidad de una interacción por teléfono o video.

Servicios de telesalud Servicios que no son de emergencia prestados por teléfono o video/mensajería en línea seguros para afecciones agudas menores (consulte la página 134 para ver la definición), atención dermatológica, orientación para trastornos de la conducta y por consumo de sustancias, y orientación nutricional. Visite www.fepblue.org/telehealth o llame a la línea gratuita 855-636-1579, TTY: 855-636-1578, para acceder a este beneficio. Después de su visita de telesalud, haga un seguimiento con su proveedor de atención primaria o especialista.

Período de trasplante Una cantidad establecida de días consecutivos relacionados con un procedimiento cubierto de trasplante de órganos/tejidos.

Reclamos de atención de urgencia Un reclamo de atención médica o tratamiento médico es un reclamo de atención de urgencia si la espera del tiempo límite normal de los reclamos de atención médica no urgente pudiera tener una de las siguientes consecuencias:

- La espera pondría en peligro su vida o su salud.
- La espera pondría en peligro su posibilidad de recuperar sus funciones por completo.
- Según la opinión de un médico que conozca su afección médica, la espera lo sometería a un dolor agudo que no podría controlarse adecuadamente sin la atención o los tratamientos sujetos a reclamo.

Por lo general, los reclamos de atención de urgencia involucran reclamos previos al servicio y no reclamos posteriores al servicio. Nosotros evaluaremos si un reclamo es un reclamo de atención de urgencia mediante la aplicación del criterio de una persona prudente sin formación profesional que tenga nociones comunes sobre la salud y la medicina.

Si considera que su reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación e infórmenos que el reclamo es urgente. Además, puede probar que el reclamo es un reclamo de atención de urgencia si proporciona evidencia de que un médico que conoce su afección

médica ha determinado que su reclamo implica atención de urgencia.

Nosotros/nos/ nuestro	"Nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren al Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield y los Planes Locales de Blue Cross and Blue Shield que lo administran.
Beneficios integrales	Los beneficios INTEGRALES de FEP Blue Focus no están sujetos al deducible y tienen un copago diferente del que se aplica en virtud de los beneficios BÁSICOS (es decir, $25 para las 25 visitas combinadas de terapia física) o un nivel de coseguro diferente del que se aplica en virtud de los beneficios NO BÁSICOS (p. ej., los medicamentos de marca preferidos se pagan al 40% de la cantidad autorizada por el Plan hasta $350 por una receta para 30 días).
Usted/su	"Usted" y "su" se refieren al inscripto (el titular del contrato que es elegible para inscribirse y recibir cobertura a través del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y que está inscrito en el Plan) y a cada uno de los miembros cubiertos de su familia.

Índice

No debe basarse en esta página; esta información se proporciona para su comodidad y es posible que no contenga todas las páginas en las que aparecen los términos indicados. Este índice no es una declaración oficial de beneficios.

Lesiones accidentales.....83-85, 103, 131
Acupuntura.....57-58, 71, 76-79
Alogénico 65-68
Ambulancia 72-83
Anestesia.....59-71, 104
Análisis conductual aplicado (ABA)...51-52, 76-79
Cirujano asistente 18
Autólogo.....64-70
Biopsia 60-63
Centros de maternidad.....48-49, 73-79
Sangre y plasma sanguíneo.....56-57, 76-79
Células madre de la sangre o la médula ósea 64-70
Centros Blue Distinction Centers..... 16-17, 68-70 Evaluación de Salud de Blue 105, 133
BRCA.....19-22, 40-46
Reconstrucción de la mama 63-64
Administración de casos.....79-82, 106-107
Yesos.....60-63, 73-74, 76-79
Protección contra gastos catastróficos 30, 143
Quimioterapia.....51-52, 68-70, 76-79
Circuncisión.....48-49, 60-63, 74-76
Presentación de reclamos..... 115-116
Coseguro.....28, 109, 131
Colonoscopía.....41-46, 60-63, 76-79
Pruebas de cáncer colorrectal 41-46
Confidencialidad.....13-14
Anomalías congénitas.....60-63, 132
Anticonceptivos.....49-50, 76-79, 95-102
Coordinación de beneficios 121-130
Copagos..... 28, 132
Cirugía estética.....60-64, 132
Participación en los costos/costos compartidos 28
Costos por servicios cubiertos 28-31
Centros de salud proveedores cubiertos16-17
Proveedores profesionales cubiertos.....16
Atención de custodia o de largo plazo 132
Deducible.....28
Atención dental.....103-104, 112, 123
Asesoramiento sobre diabetes.....58, 76-79
Suministros para diabéticos 95-102
Diálisis.....51-52, 55-56, 76-79
Desacuerdos sobre reclamos..... 27, 118-120
Gastos del donante.....68-70
Equipo médico duradero...55-56, 76-79, 132
Emergencia.....18, 26, 83-86, 103, 109
Inscripción.....9-10, 16, 18, 124-125
Exclusiones.....113-114
Experimental o de investigación...64-65, 113-114, 133
Anteojos.....53-54
Prueba de sangre oculta en la materia fecal 41-46
Cuidado de los pies..... 54
Centro de salud ambulatorio independiente 16-17
Cirugía de reasignación de género...19-22, 55, 59-63, 72
Equivalentes genéricos 91-92
Pruebas genéticas.....19-22, 40-41, 76-79
Servicios para la audición 53
Atención de enfermería domiciliaria.57, 115
Cuidados paliativos..... 80-82
Hospital...16-17, 19, 39-40, 72-83, 85-86, 89-90, 106, 109
Tarjetas de identificación.....16
Vacunas.....41-47, 95-102
Servicios profesionales para pacientes hospitalizados...39-40, 87-88
Servicios de laboratorio y de patología .18
Mamografías 41-46
Atención por maternidad 24, 26, 48-49
Medicaid..... 122
Alimentos medicinales.....56-57, 95-102, 134
Suministros médicos.....56-57, 73-82, 95-102
Médicamente necesario 134
Medicamentos para promover una mejor salud...46-47, 95-102
Centros de salud miembros/no miembros...72-83, 87-90
Salud mental.....87-90, 107, 134, 138
Procedimientos múltiples.....60-63
Casos inadmisibles..... 6-8, 134
Atención del recién nacido.....26, 39-40, 46-49, 74-76
Orientación nutricional...39-47, 60-63, 73-76
Atención de observación.....134-135
Atención obstétrica.....48-49, 74-76
Terapia ocupacional.....52-53, 76-82
Visitas al consultorio..... 39-40, 87-88
Aparatos ortopédicos.....55, 63-64, 76-79
Suministros para ostomía y catéteres ...56-57
Gastos de desembolso directo....30, 136-137
Pacientes ambulatorios.....19-22, 76-79, 90, 134-135 Pagos en exceso.....31
Reclamos por servicios en el extranjero 30, 109-111
Oxígeno.....55-57, 73-82
Programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad 91-92
Farmacoterapia.....39-40, 51-52
Exámenes físicos.....76-79, 113-114
Terapia física.....52-53, 76-82
Médico..... 16, 126, 129, 133, 137
Cantidad autorizada por el Plan....29, 135-136
Proveedores de la PPO/participantes/no participantes..... 13-14
Pruebas previas a la admisión 73-74
Certificación previa...19-22, 24-26, 59-60, 72, 79-80, 87, 89, 137
Aprobación previa...19-22, 24-25, 40-46, 51-52, 55-56, 59-65, 68-70, 72, 76-83, 87-88, 91-92, 137
Cáncer de próstata.....41-46
Dispositivos protésicos...55, 60-63, 73-74, 76-79 Psicoterapia 87-90
Rehabilitación pulmonar.....51-52, 76-79
Terapia de radiación.....51-52, 76-79
Servicios de reproducción.....50-51, 131 Centro de tratamiento residencial... 16-17, 19, 24-26, 79-80, 89
Derechos y responsabilidades 13-14
Habitación y comida.....73-74, 79-80, 89
Segunda opinión para cirugía 39-40
Dejar de fumar 58, 95-102
Medicamentos de especialidad.....91-102, 138
Esterilización.....49-50, 60-63
Subrogación.....122-123, 138
Consumo de sustancias...79-80, 87-90, 107, 137-138
Cirugía.....16-17, 19-22, 53-55, 59-72, 132
Implantes quirúrgicos 76-79
Jeringas 95-102
Continuación temporal de la cobertura (TCC) 11-12
Dejar el tabaco 58, 95-102
Trasplantes.....16-17, 19-22, 51-52, 64-70
TRICARE 121-124
Centro de atención de urgencia 85-86
Centro de salud de VA 129
Vacunas.....41-47, 95-102
Declaraciones verbales.....4, 27, 106-107
Servicios para la vista 53-54
Control de peso.....19-22, 60-63
Sillas de ruedas 55-56
Compensación del Trabajador 122
Radiografías.....40-41, 76-79

Resumen de beneficios del Plan de Beneficios de Salud FEP Blue Focus de Blue Cross and Blue Shield – 2020

No tenga en cuenta este cuadro solamente. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto. En esta página resumimos los gastos específicos que cubrimos; dentro del folleto, encontrará información más detallada.

Puede obtener una copia de nuestro Resumen de beneficios y cobertura según la Ley de Cuidado de Salud Asequible en www.fepblue.org/brochure.

Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este Plan, verifique que haya anotado el código de inscripción correcto que figura en el frente de su formulario de inscripción.

En el siguiente cuadro, un asterisco (*) significa que el beneficio está sujeto al deducible de $500 por persona ($1,000 por inscripción del Solicitante y una persona o el Solicitante y su familia) por año calendario. Si consulta a un médico que no pertenece a la PPO, no se proporcionan beneficios.

Beneficios	Usted paga	Página
Servicios médicos proporcionados por médicos, especialistas y otros profesionales de atención médica:		
• Atención preventiva, adultos	Proveedor preferido: Ninguno Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	41-46
• Atención preventiva, niños	Proveedor preferido: Ninguno Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	46-47
• Visitas a profesionales	Proveedor preferido: $10 por las primeras 10 visitas por año calendario (combinadas por afecciones médicas y trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) Después de la 10.º visita: 30%* de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	39
• Servicios de diagnóstico y tratamiento en consultorio	Proveedor preferido: 30%* de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	39-40
• Servicios de telesalud	Proveedor de telesalud preferido: ninguno para las primeras 2 visitas por año calendario Después de la 2.º visita: $10 de copago por visita Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	39, 88
Servicios proporcionados por un hospital:		
• Pacientes hospitalizados	Preferido: 30%* de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) No preferido (miembro/no miembro): usted paga todos los cargos	73-74
• Pacientes ambulatorios	Preferido: 30%* de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) No preferido (miembro/no miembro): usted paga todos los cargos	76-79

Beneficios	Usted paga	Página
Beneficios de emergencia:		
• Lesión accidental	Preferido: ninguno por servicios hospitalarios y de atención médica para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas (luego se aplican los beneficios normales) No preferidos: • Participante: ninguno por servicios hospitalarios y de atención médica para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas (luego se aplican los beneficios normales) • No participante: cualquier diferencia entre la cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado por servicios hospitalarios y de atención médica para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas; luego se aplican los beneficios normales Servicios de transporte en ambulancia: Ninguno	85
• Emergencia médica	Profesional, hospital para pacientes ambulatorios: Atención de urgencia preferida: $25 de copago; atención en la sala de emergencias de la PPO y no PPO: 30%* de nuestra cantidad autorizada (se aplica el deducible); los beneficios normales por atención médica y hospitalaria* proporcionada en un ámbito que no sea la sala de emergencias/el centro de atención de urgencia de la PPO Maternidad: Servicios de transporte en ambulancia: 30%* de nuestra cantidad autorizada (se aplica el deducible) Centro de atención de urgencia no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	86
• Visitas de salud mental	Proveedor preferido: $10 por las primeras 10 visitas por año calendario (combinadas por afecciones médicas y trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) Después de la 10.º visita: 30%* de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	88
Tratamiento por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Proveedor preferido: 30%* de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Proveedor no preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos	88-90
Medicamentos con receta médica:		
• Programa de Farmacias Minoristas	Nivel 1 (genéricos) en farmacia minorista preferida: $5 de copago para un suministro de hasta 30 días Nivel 2 (de marca) en farmacia minorista preferida: 40% de coseguro de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) para un suministro de hasta 30 días Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos	95

Beneficios	Usted paga	Página
• Programa de Farmacias de Medicamentos de Especialidad	Farmacia de especialidad preferida Nivel 2: 40% de coseguro de la cantidad autorizada por el Plan (máximo de $350) para un suministro de hasta 30 días	100
Atención dental	Tratamiento de una lesión dental por una lesión accidental en el plazo de 72 horas (luego se aplican los beneficios normales) Preferido: ninguno No preferido: • Participante: Ninguno (sin deducible) • No participante: cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible)	103
Bienestar y otras características especiales: Herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; MyBlue® Customer eService; National Doctor & Hospital Finder (Buscadores de médicos y hospitales nacionales); Healthy Families; beneficio para viajes/servicios en el extranjero; programas de administración de la atención médica y Programa de Incentivos de Exámenes Físicos Anuales de Rutina		105
Protección contra costos catastróficos (su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos)	• Solicitante únicamente: ninguno después de $6,500 por contrato por año • Solicitante y una persona: ninguno después $13,000 (PPO) por contrato por año • Solicitante y su familia: ninguno después de $13,000 por familia por año Notas: • Algunos costos no cuentan como parte de esta protección. • Cuando un miembro de la familia cubierto (Solicitante y una persona y Solicitante y su familia) alcanza el máximo de Solicitante únicamente durante el año calendario, los reclamos de ese miembro ya no estarán sujetos a los montos de participación en los costos asociados durante el resto del año. Se requiere que todos los demás miembros de la familia cumplan con el saldo del desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos.	30

Notas

Notas

Información sobre las tarifas para 2020 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield

Para comparar sus opciones del plan de salud de FEHB, visite www.opm.gov/fehbcompare.

Para consultar las tarifas de las primas de todas las opciones de planes de salud de FEHB, ingrese en www.opm.gov/FEHBpremiums o www.opm.gov/Tribalpremium.

Las **tarifas no postales** se aplican a la mayoría de las personas que no son empleados del Servicio Postal. Si pertenece a una categoría de inscripción especial, comuníquese con el organismo que administra la inscripción en su programa de beneficios de salud.

Las tarifas postales se aplican a determinados empleados del Servicio Postal de los Estados Unidos de la siguiente manera:

- Las tarifas de la **categoría postal 1** se aplican a los empleados de la unidad de negociación profesional que son representados por los siguientes acuerdos: APWU, IT/AS, NALC y NPMHU.
- Si es empleado de la unidad de negociación profesional representado por el acuerdo con NPPN, encontrará sus tarifas de las primas en https://liteblue.usps.gov/fehb.
- Las tarifas de la **categoría postal 2** se aplican a los empleados de la unidad de negociación profesional que son representados por el acuerdo con PPOA.

Las tarifas no postales se aplican a todos los empleados del Servicio Postal de una unidad que no sea de negociación profesional y a los empleados profesionales representados por el acuerdo con NRLCA. Las tarifas postales no se aplican a los empleados del Servicio Postal que no sean profesionales, empleados del servicio postal jubilados o miembros asociados de otras organizaciones de empleados del servicio postal que no sean empleados de la unidad profesional.

Si es empleado del Servicio Postal y tiene alguna pregunta o necesita asistencia, comuníquese al siguiente número de teléfono:

Centro de Servicios Compartidos de Recursos Humanos de USPS: 877-477-3273, opción 5, Servicio federal de transmisión 800-877-8339

Las primas para empleados tribales se indican en la columna no postal mensual. El monto indicado en la contribución de empleados es el monto máximo que pagará. Su empleador tribal puede elegir contribuir una parte más elevada de su prima. Comuníquese con su director de Beneficios Tribales para conocer las tarifas exactas.

Tipo de inscripción	Código de inscripción	Prima no postal				Prima postal	
		Quincenal		Mensual		Quincenal	
		Participación del gobierno	Su participación	Participación del gobierno	Su participación	Su participación en la categoría 1	Su participación en la categoría 2
Nacional y/o internacional							
Solicitante únicamente en FEP Blue Focus	131	$159.44	$53.14	$345.44	$115.15	$51.02	$44.11
Solicitante y una persona en FEP Blue Focus	133	$342.77	$114.25	$742.66	$247.55	$109.68	$94.83
Solicitante y su familia en FEP Blue Focus	132	$377.03	$125.67	$816.89	$272.29	$120.65	$104.31