

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

www.fepblue.org



2022

Un plan de pago por servicio (Opciones Estándar FEP Blue y Básica FEP Blue) 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. Consulta la página 9 para obtener más detalles. Este Plan está acreditado. Consulta la página 13.

Patrocinado y administrado por: Blue Cross and Blue Shield Association y 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:

- Opción Estándar 104: solicitante únicamente**
- Opción Estándar 106: solicitante y una persona**
- Opción Estándar 105: solicitante y su familia**
- Opción Básica 111: solicitante únicamente**
- Opción Básica 113: solicitante y una persona**
- Opción Básica 112: solicitante y su familia**

IMPORTANTE

- Tarifas: contraportada
- Cambios para 2022: página 15
- Resumen de Beneficios: Página 162



Programa de Beneficios de Salud
para Empleados Federales

Autorizado para su distribución por la:



Oficina de Administración de Personal
de los Estados Unidos

Atención médica y seguros
<http://www.opm.gov/insure>

RI 71-005

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 te inscribas en la Parte D de Medicare y pagues de más por la cobertura de beneficio de medicamentos con receta médica. Si decides inscribirte en la Parte D de Medicare más adelante, no tendrás que pagar una multa por inscripción tardía siempre que mantengas tu cobertura de FEHB.

Sin embargo, si eliges inscribirte en la Parte D de Medicare, puedes mantener tu cobertura de FEHB y tu plan de FEHB coordinará los beneficios con Medicare.

Recuerda: si eres titular de beneficios y cancelas tu cobertura de FEHB, no podrás reinscribirte en el Programa de FEHB.

Aviso

Si pierdes o abandonas tu cobertura de FEHB y transcurren 63 días o más sin que tengas una cobertura de medicamentos con receta médica que sea equivalente, por lo menos, a la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare, tu prima mensual de la Parte D de Medicare aumentará, por lo menos, un 1 % mensual por cada mes que no hayas tenido esa cobertura. Por ejemplo, si transcurrieron 19 meses sin que tuvieras cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare, tu prima siempre será, por lo menos, un 19 % más alta de lo que pagan muchas otras personas. Tendrás que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tengas la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare. Además, es posible que debas esperar hasta el siguiente “Período de Elección Coordinada Anual” (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirte 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 llamando a la SSA al 800-772-1213, TTY: 800-325-0778.

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

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

Índice

Introducción.....	4
Lenguaje sencillo	4
¡Detén el fraude de atención médica!.....	4
La discriminación es ilegal.....	6
Cómo evitar errores médicos.....	6
Información sobre FEHB.....	9
Información de cobertura.....	9
• No hay limitaciones por afecciones preexistentes	9
• Cobertura esencial mínima (MEC).....	9
• Estándar de valor mínimo.....	9
• Dónde puedes obtener información sobre cómo inscribirte en el Programa de FEHB.....	9
• Tipos de cobertura disponibles para ti y tu familia	10
• Cobertura para los miembros de la familia	10
• Ley de Equidad para los Niños.....	11
• Cuándo comienzan los beneficios y las primas.....	12
• Cuando te jubilas	12
Cuándo pierdes los beneficios.....	12
• Cuándo termina la cobertura de FEHB	12
• Al divorciarse.....	12
• Continuación temporal de la cobertura (TCC).....	13
• Cómo buscar cobertura de reemplazo	13
• Mercado de seguros médicos	13
Sección 1. Cómo funciona este plan.....	14
Características generales de nuestras Opciones Estándar y Básica.....	14
Tenemos una Organización de Proveedores Preferidos (PPO).....	14
Cómo pagamos a los profesionales y centros de salud proveedores	14
Tus derechos y responsabilidades.....	15
Tus registros médicos y de reclamos son confidenciales	15
Sección 2. Cambios para 2022	17
Cambios en nuestra Opción Estándar únicamente.....	17
Cambios en nuestra Opción Básica únicamente	17
Cambios en nuestras Opciones Estándar y Básica.....	18
Sección 3. Cómo obtener atención.....	20
Tarjetas de identificación.....	20
Dónde obtener la atención cubierta.....	20
Protección contra la facturación de saldo.....	20
• Profesionales proveedores cubiertos.....	20
• Centros de salud proveedores cubiertos	21
Qué debes hacer para obtener la atención cubierta.....	23
• Atención de transición	24
• Si estás hospitalizado cuando comienza tu inscripción	24
Necesitas aprobación previa del Plan para ciertos servicios	24
• Admisión en el hospital como paciente hospitalizado, admisión en el centro de tratamiento residencial como paciente hospitalizado o admisión en el centro de enfermería especializada	24
• Cirugía realizada por proveedores No participantes en la Opción Estándar.....	28
Cómo solicitar una certificación previa para una admisión u obtener aprobación previa para <i>Otros servicios</i>	28
• Reclamos de atención médica no urgente.....	29
• Reclamos de atención de urgencia	29

• Reclamos de atención simultánea	30
• Admisión para hospitalización de emergencia.....	30
• Cuidados por maternidad.....	30
• Si es necesario extender tu estadía en el centro de atención.....	30
• Si es necesario extender tu tratamiento	31
Si no estás de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio	31
• Para que se reconsidere un reclamo de atención médica no urgente.....	31
• Para que se reconsidere un reclamo de atención de urgencia	31
• Para presentar una apelación ante la OPM.....	31
• Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS).....	31
Sección 4. Tus costos por servicios cubiertos.....	33
Participación en los costos/costos compartidos	33
Copago.....	33
Deducible.....	33
Coseguro.....	34
Si tu proveedor habitualmente renuncia a tu costo	34
Renuncias.....	34
Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura.....	34
Aviso importante sobre facturación sorpresa: conoce tus derechos	37
Tus costos por otra atención.....	38
Tu desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos para deducibles, coseguro y copagos.....	38
Transferencia.....	39
Si te pagamos de más.....	39
Cuando los centros de salud del gobierno nos emiten facturas.....	40
Sección 5. Beneficios.....	41
Sección 5. Descripción general de las Opciones Estándar y Básica.....	43
Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan.....	133
Sección 6. Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos	134
Sección 7. Presentación de un reclamo por servicios cubiertos.....	136
Sección 8. Proceso para desacuerdos sobre reclamos.....	140
Sección 9. Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura.....	143
Cuando tienes otra cobertura de salud	143
• TRICARE y CHAMPVA	144
• Compensación del trabajador	144
• Medicaid	144
Cuando otros organismos del gobierno son responsables de tu atención.....	144
Cuando otras personas son responsables de las lesiones.....	144
Cuando tienes el Plan de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP).....	146
Ensayos clínicos.....	146
Cuando tienes Medicare.....	147
• El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B).....	147
• Infórmalos sobre tu cobertura de Medicare.....	148
• Contrato privado con tu médico.....	148
• Medicare Advantage (Parte C)	148
• Cobertura de medicamentos con receta médica por Medicare (Parte D)	149
• Cobertura de medicamentos con receta médica por Medicare (Parte B).....	149
Si tienes 65 años o más y no tienes Medicare.....	151
Médicos que renuncian a Medicare	152
Si tienes el Plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambas).....	152
Sección 10. Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto.....	155

Índice..... 165
Resumen de Beneficios de la Opción Estándar del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2022 169
Resumen de beneficios para la Opción Básica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2022. 172
Información sobre las tarifas para 2022 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield 178

Introducción

Este folleto describe los beneficios del **Plan de Beneficios de Servicio Opción Estándar FEP Blue y Opción Básica FEP Blue de Blue Cross and Blue Shield** conforme al contrato (CS 1039) entre Blue Cross and Blue Shield Association y la Oficina de Administración de Personal Federal (United States Office of Personnel Management), 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 al Cliente, visita nuestro sitio web, www.fepblue.org, o comunícate con tu Plan Local llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de tu tarjeta de identificación.

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

Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield

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 tu responsabilidad estar informado acerca de tus beneficios de atención médica.

Si estás inscrito en este Plan, tienes derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si estás 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 tienes derecho a recibir los beneficios que estuvieron disponibles antes del 1.º de enero de 2022, 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 cambios de beneficios entran en vigor el 1.º de enero de 2022 y se resumen en las páginas 15 a 16. Las tarifas figuran en la contraportada 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: “tú” hace referencia a la persona inscrita y a cada miembro cubierto 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 tú conoces. FEHB es el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. OPM es la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos. Si usamos otros acrónimos, te aclararemos su significado.
- Nuestro folleto y los folletos de otros planes de FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarte a comparar los planes.

¡Detén el fraude de atención médica!

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos y aumenta tu 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 seas empleado o de la que te hayas jubilado.

Protégete del fraude: a continuación, te brindamos información sobre lo que puedes hacer para evitar el fraude:

- No proporciones el número de identificación (ID) de tu plan por teléfono ni a personas que no conozcas, excepto a tu proveedor de atención médica, al plan de beneficios de salud autorizado o al representante de la OPM.
- Solo permite que profesionales médicos adecuados revisen tu registro médico o recomienden servicios.

- Evita usar proveedores de atención médica que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturármolo para que este se pague.
- Lee detenidamente las declaraciones de explicaciones de beneficios (explanations of benefits, EOB) que te proporcionamos.
- Revisa tu historial de reclamos periódicamente para verificar que sean precisos y garantizar que no hayamos facturado servicios que nunca recibiste.
- No le pidas a tu médico que ingrese datos falsos en los certificados, las facturas o los registros a fin de que nosotros paguemos un artículo o servicio.
- Si sospechas que un proveedor te ha cobrado por servicios que no recibiste, te ha facturado dos veces el mismo servicio o ha tergiversado alguna información, haz lo siguiente:
 - Llama al proveedor y pídele una explicación. Posiblemente se trate de un error.
 - Si el proveedor no resuelve el problema, llámanos a la Línea directa sobre fraude del Programa de Empleados Federales (Federal Employee Program, FEP) al 800-FEP-8440 (800-337-8440) y explícanos la situación.
 - Si no resolvemos el problema, haz lo siguiente:

**LLAMA A LA LÍNEA DIRECTA SOBRE FRAUDE DE ATENCIÓN DE LA SALUD
877-499-7295**

O visita 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 puedes 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 mantengas como miembro de la familia en tu póliza a las siguientes personas:
 - A tu excónyuge después de una sentencia de divorcio o de una anulación de carácter definitivo (incluso si una orden judicial estipula lo contrario)
 - A tu hijo mayor de 26 años (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento antes de los 26 años)
 - Una aseguradora podrá solicitar que un miembro verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los familiares que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del miembro en el Programa de FEHB.
- Si tienes alguna pregunta acerca de la elegibilidad de un dependiente, consulta a tu oficina de personal si eres empleado, a tu oficina de jubilación (como la OPM) si eres jubilado o al Centro Nacional de Finanzas si estás 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. Puedes ser enjuiciado por fraude o tu agencia puede iniciar acciones legales en tu 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 ti o para cualquier persona que no sea elegible para recibir cobertura, o la inscripción en el Plan cuando ya no eres elegible.
- Si tu inscripción continúa después de la fecha en que dejas de ser elegible para recibir cobertura (es decir, te has separado del servicio federal) y no se pagan las primas, serás responsable de todos los beneficios pagados durante el período en el que no se pagaron las primas. Es posible que el proveedor te facture los servicios recibidos. Puedes ser enjuiciado por fraude por utilizar deliberadamente beneficios del seguro de salud por los que no has pagado las primas. Es tu responsabilidad conocer cuando tú o un miembro de tu familia ya no son elegibles para utilizar tu 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, incluido el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

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 necesitas estos servicios, comunícate con el coordinador de derechos civiles de tu Plan Local comunicándote con tu Plan Local al número de teléfono que aparece en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Si consideras que no te hemos proporcionado estos servicios o te sentiste discriminado de algún modo por tu raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles de tu Plan Local. Puedes presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles de tu Plan Local está disponible para ayudarte.

Los miembros pueden presentar un reclamo 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 puedes presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Gestión de Personal por correo a la siguiente dirección:

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

Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo por derechos civiles, ingresa en www.fepblue.org/en/rights-and-responsibilities/, o llama al número de teléfono del servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del miembro. Para TTY, marca 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 estancia 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 puedes mejorar la calidad y seguridad de tu propia atención médica, y la de los miembros de tu familia al informarte más y comprender sus riesgos. Toma estas medidas sencillas:

1. Haz preguntas si tienes dudas o inquietudes.

- Haz preguntas y asegúrate de comprender las respuestas.
- Elige a un médico con quien te sientas cómodo para hablar.

- Lleva a un familiar o un amigo para que te ayuden a tomar notas, hacer preguntas y entender las respuestas.

2. Conserva una lista de todos los medicamentos que tomas y llévala contigo.

- Lleva los medicamentos o entrégale a tu médico y farmacéutico una lista de todos los medicamentos y las dosis que tomas, incluidos los medicamentos sin receta (de venta libre) y los suplementos nutricionales.
- Informa a tu médico y farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, alimentos y otras alergias que tengas, como al látex.
- Preguntar acerca de los riesgos o efectos secundarios del medicamento y qué debes evitar mientras lo tomas. Asegúrate de tomar nota de lo que tu médico o farmacéutico te diga.
- Asegúrate de que tu medicamento sea el que te indicó el médico. Pregúntale al farmacéutico sobre tu medicamento si tiene un aspecto diferente del que esperabas.
- Lee la etiqueta y el prospecto para el paciente cuando obtengas tu medicamento, incluidas todas las advertencias e instrucciones.
- Debes saber cómo usar tus medicamentos. Anota especialmente los horarios y las condiciones en los que debes tomar tu medicamento y aquellos en los que no.
- Comunícate con tu médico o farmacéutico si tienes alguna pregunta.
- Entiende tanto los nombres genéricos como los nombres de marca de tus medicamentos. Esto ayuda a asegurar que no recibas dosis dobles por tomar tanto un genérico como un medicamento de marca. También ayuda a evitar que tomes medicamentos a los que eres alérgico.

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

- Preguntar cuándo y cómo obtendrás 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 asumas que los resultados están bien si no los recibes cuando estaba previsto. Comunícate con tu proveedor de atención médica y pídele tus resultados.
- Pregúntale qué efectos tienen los resultados en tu atención.

4. Habla con tu médico acerca de qué hospital o clínica es mejor para tus necesidades relacionadas con la salud.

- Pregúntale a tu médico qué hospital o clínica brinda la mejor atención y resultados para tu afección si puedes elegir entre más de un hospital o clínica para obtener la atención médica que necesitas.
- Asegúrate de comprender las instrucciones que te den acerca de la atención de seguimiento al abandonar el hospital o la clínica.

5. Asegúrate de comprender qué sucederá si necesitas una cirugía.

- Asegúrate de que tú, tu médico y tu cirujano estén de acuerdo exactamente en lo que se hará durante la operación.
- Pregúntale a tu médico: “¿Quién se ocupará de mi atención cuando esté en el hospital?”
- Pregúntale a tu cirujano:
 - “¿Qué hará exactamente?”
 - “¿Cuánto tiempo le llevará?”
 - “¿Qué sucederá después de la cirugía?”
 - “¿Cómo debo esperar sentirme durante la recuperación?”
- Infórmales al cirujano, anestesista y enfermeros si padeces alergias, reacciones adversas a la anestesia y si estás tomando algún medicamento o suplemento nutricional.

Enlaces de seguridad del paciente

Para obtener más información sobre la seguridad del paciente, visita 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 recibes.
- 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. 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 ingresas en el hospital para el tratamiento de un problema médico, no esperas salir con lesiones adicionales, infecciones u otras afecciones graves que se produjeron en el transcurso de tu 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 tú ni el Plan de FEHB deberán pagar para corregir el error médico.

No se te facturará por servicios para pacientes hospitalizados cuando la atención se relacione con el tratamiento de afecciones específicas adquiridas en un hospital si utilizas los hospitales miembros o preferidos. Esta política ayuda a protegerte 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 padecías antes de inscribirte en este Plan únicamente porque padecías la afección antes de la inscripción.
- **Cobertura esencial mínima (MEC)** La cobertura en virtud de este Plan califica como una cobertura esencial mínima (Minimum Essential Coverage, MEC). Visita 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; tus gastos de desembolso directo específicos se determinan según lo explicado en este folleto.
- **Dónde puedes obtener información sobre cómo inscribirte en el Programa de FEHB** Visita www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare para obtener información sobre la inscripción, así como:
 - Información acerca del Programa de FEHB y los planes a tu 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, tu oficina de empleo o jubilación puede responder a tus preguntas y entregarte folletos de otros planes y otros materiales que necesitas para tomar una decisión informada sobre tu cobertura de FEHB. Estos materiales te informan lo siguiente:

- Cuándo puedes cambiar tu inscripción
- Cómo puedes obtener cobertura para los miembros de tu familia
- Qué ocurre si te transfieres a otro organismo federal, tomas una licencia sin goce de sueldo, ingresas en el servicio militar o te jubilas
- Qué sucede cuando finaliza tu 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 tu tipo de inscripción sin recibir información de tu oficina de empleo o jubilación. Para obtener información sobre tus deducciones de primas, también debes comunicarte con tu oficina de empleo o jubilación.

Una vez inscrito en tu Plan del Programa de FEHB, debes comunicarte directamente con tu aseguradora para obtener actualizaciones y hacer preguntas sobre tu cobertura de beneficios.

- **Tipos de cobertura disponibles para ti y tu familia**

La cobertura para el solicitante únicamente es solo para el miembro. La cobertura del solicitante y una persona es para el miembro y otro miembro elegible de la familia. La cobertura del solicitante y su familia es para el miembro y uno o más miembros elegibles de la familia. Los miembros de la familia incluyen a tu cónyuge y tus 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 podrás prorrogar la cobertura para un hijo discapacitado que tenga 26 años o más y no pueda mantenerse por sí solo.

Si tienes cobertura para el solicitante únicamente, puedes cambiar a la cobertura para el solicitante y una persona o para el solicitante y su familia si te casas, tienes un hijo o incorporas un niño a tu familia. Puedes cambiar tu 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 cambias a solicitante y una persona o solicitante y su familia porque te casas, el cambio entra en vigencia el primer día del período de pago que comienza luego de que tu oficina de empleo reciba tu formulario de inscripción. Ninguno de los beneficios estará disponible hasta que contraigas matrimonio. Una aseguradora podrá solicitar que un miembro verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los familiares que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del miembro en el Programa de FEHB.

Comunícate con tu aseguradora para obtener un certificado de cobertura acreditable (Certificate of Creditable Coverage, COCC) o para agregar un dependiente cuando ya haya cobertura familiar.

Comunícate con tu oficina de empleo o jubilación si cambias de solicitante únicamente a solicitante y una persona o solicitante y su familia, o para agregar un recién nacido si actualmente tienes un plan de solicitante únicamente.

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

Si tú o un miembro de tu familia están inscritos en un plan de FEHB, tú o esa persona no pueden estar inscritos ni tener cobertura como miembro de la familia de otro miembro en virtud de otro plan de FEHB.

Si tienes 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 seas elegible para inscribirte en el Programa de FEHB, cambiar tu inscripción o cancelar la cobertura. Para obtener una lista completa de los QLE, visita el sitio web de FEHB en www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesitas ayuda, comunícate con tu 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 tu familia cubiertos por tu cobertura de solicitante y tu familia son tu cónyuge (incluido tu cónyuge por matrimonio de hecho válido si resides en un estado que reconozca los matrimonios de hecho) e hijos según lo descrito a continuación. La cobertura del solicitante y una persona los cubre a ti y a tu cónyuge u otro miembro elegible de la familia, como se describe a continuación.

Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros

Cobertura: Los hijos naturales, adoptados e hijastros tienen cobertura hasta cumplir los 26 años.

Niños en adopción temporal

Cobertura: Los niños en adopción temporal son elegibles para recibir cobertura hasta cumplir los 26 años si proporcionas documentación de ser sostén regular y sustancial del menor, y firmas una certificación que establezca que el niño en adopción temporal reúne todos los requisitos.

Comunícate con la oficina de Recursos Humanos o el sistema de jubilación para obtener más información.

Hijos incapaces de ganar su propio sustento

Cobertura: 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. Comunícate con la oficina de Recursos Humanos o el sistema de jubilación para obtener más información.

Hijos casados

Cobertura: 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

Cobertura: 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 cubiertos están asegurados solo respecto de la atención del recién nacido de rutina durante la parte cubierta de la estadía por maternidad de la madre.

Puedes 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 estés inscrito en la cobertura para el solicitante y una persona o el solicitante y su familia en el Programa de FEHB si eres un empleado sujeto a una orden judicial o administrativa que te exige proporcionar beneficios de salud a tus hijos.

Si esta ley se aplica a tu caso, debes inscribirte 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 tus hijos, o debes presentar en tu oficina de empleo documentación que demuestre que has obtenido otra cobertura de beneficios de salud para tus hijos. Si no lo haces, tu oficina de empleo te inscribirá sin tu autorización como se indica a continuación:

- Si no tienes una cobertura de FEHB, tu oficina de empleo te 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 tienes 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 tus hijos, tu oficina de empleo cambiará tu inscripción a cobertura para el solicitante y una persona o solicitante y su familia, según corresponda, en la misma opción del mismo plan.
- Si estás inscrito en una HMO que no presta servicios en el área donde viven tus hijos, tu oficina de empleo cambiará tu 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 tengas, por lo menos, un hijo identificado en la orden que aún sea elegible para el Programa de FEHB, no podrás cancelar tu inscripción, cambiar tu cobertura a solicitante únicamente ni cambiarte a un plan que no preste servicios en el área donde viven tus hijos, a menos que presentes documentación que demuestre que tienes otra cobertura para tus hijos.

Si la orden judicial/administrativa continúa vigente al momento de jubilarte y tienes, por lo menos, un hijo que aún es elegible para la cobertura de FEHB, deberás continuar con tu cobertura de FEHB después de jubilarte (si eres elegible) y no podrás cancelar tu cobertura, cambiar a solicitante únicamente ni cambiarte a un plan que no preste servicios en el área donde viven tus hijos mientras la orden judicial/administrativa esté vigente. Del mismo modo, no puedes cambiarte a la cobertura del solicitante y una persona si la orden judicial/administrativa identifica a más de un hijo. Comunícate con tu 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 te inscribes en este Plan durante la Inscripción Abierta, tu cobertura comienza el primer día de tu primer período de pago, que empieza el 1.º de enero o después de esa fecha. **Si cambiaste de plan o de opciones de plan durante la Inscripción Abierta y recibiste atención entre el 1.º de enero y la fecha de vigencia de tu cobertura en virtud de tu nuevo plan o nueva opción, tus reclamos se procesarán de acuerdo con los beneficios para 2022 de tu plan u opción anterior.** Si has alcanzado (o pagado el costo compartido que da lugar a que alcances) el desembolso directo máximo en virtud del plan u opción anterior, no pagarás el costo compartido por los servicios cubiertos entre el 1.º de enero y la fecha de vigencia de la cobertura en virtud de tu nuevo plan u opción. Sin embargo, si tu plan anterior abandonó el Programa de FEHB al finalizar el año, estás cubierto en virtud de los beneficios para 2021 de ese plan hasta la fecha de vigencia de tu cobertura con el nuevo plan. Las primas y la cobertura de los titulares de beneficios comienzan el 1.º de enero. Si te inscribes en cualquier otro momento del año, tu oficina de empleo te informará la fecha de vigencia de tu cobertura.

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

- **Cuando te jubilas**

Cuando te jubilas, a menudo, puedes continuar en el Programa de FEHB. Por lo general, debes haber estado inscrito en el Programa de FEHB durante los últimos cinco años de tu servicio federal. Si no cumples este requisito, puedes ser elegible para recibir otros tipos de cobertura, como Continuación Temporal de la Cobertura (Temporary Continuation of Coverage, TCC).

Cuándo pierdes los beneficios

- **Cuándo termina la cobertura de FEHB**

Recibirás 31 días más de cobertura, sin prima adicional, en los siguientes casos:

- Cuando tu inscripción termine, a menos que la canceles.
- Cuando seas 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.

Puedes 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 te divorcias de un empleado federal o titular de beneficios, no puedes continuar recibiendo beneficios en virtud de la inscripción de tu excónyuge. Esto ocurre incluso cuando el tribunal le haya ordenado a tu excónyuge que te proporcione cobertura de beneficios de salud. Sin embargo, puedes ser elegible para obtener tu propia cobertura de FEHB a través de la ley de equidad para el cónyuge o la TCC. Si estás recién divorciado o anticipando un divorcio, comunícate con la oficina de empleo o jubilación de tu excónyuge para obtener más información acerca de tus opciones de cobertura. También puedes visitar el sitio web de la OPM, www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/guides. Una aseguradora podrá solicitar que un miembro verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los familiares que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del miembro en el Programa de FEHB.

- Continuación temporal de la cobertura (TCC)**

Si dejas tu servicio federal, empleo tribal o si pierdes la cobertura porque ya no calificas como miembro de la familia, puedes 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, puedes recibir TCC si no puedes continuar inscrito en FEHB cuando te jubilas, si pierdes tu empleo federal, si eres un hijo dependiente cubierto y cumples 26 años, independientemente del estado civil, etc.

No puedes elegir la TCC si te despiden de tu empleo federal o empleo tribal debido a una falta profesional grave.

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

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

También te 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 deseas adquirir un seguro de salud a través del Mercado de seguros médicos de la ACA, consulta la siguiente sección de este folleto. Te ayudaremos a buscar una cobertura de reemplazo dentro o fuera del Mercado. Para obtener ayuda, comunícate con tu Plan Local al número de teléfono que aparece en el reverso de tu tarjeta de identificación o visita www.bcbs.com para acceder al sitio web de tu Plan Local.

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

Si deseas adquirir un seguro de salud a través del Mercado de seguros médicos de la ACA, visita 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 Plan es un plan de pago por servicio (fee-for-service, FFS). Puedes elegir tus propios médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Te reembolsamos a ti o a tu 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. Lee 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, visita los siguientes sitios web:

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

Características generales de nuestras Opciones Estándar y Básica Tenemos una Organización de Proveedores Preferidos (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”. Cuando uses nuestros proveedores de la PPO (preferidos), recibirás los servicios cubiertos a un costo reducido. Tu Plan Local (o, para farmacias minoristas preferidas, CVS Caremark) es exclusivamente responsable de la selección de los proveedores de la PPO en tu área. Comunícate con tu Plan Local para obtener los nombres de los proveedores (preferidos) de la PPO y para verificar que continúen participando. También puedes visitar www.fepblue.org/provider/ para utilizar nuestro Buscador de médicos y hospitales nacionales. Puedes acceder a nuestro sitio web a través del sitio web de FEHB, www.opm.gov/healthcare-insurance.

En la Opción Estándar, los beneficios de la PPO (preferidos) se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO (preferido). Las redes de la PPO pueden ser más amplias en algunas áreas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de todas las especialidades en todas las áreas. Si no hay ningún proveedor de la PPO (preferido) o si no usas un proveedor de la PPO (preferido), se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO (no preferidos).

En la Opción Básica, debes utilizar proveedores Preferidos para recibir beneficios. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

Nota: Los dentistas y los cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida para atención dental de rutina no son necesariamente proveedores preferidos para otros servicios cubiertos por este Plan según otras disposiciones de beneficios (como el beneficio quirúrgico para la cirugía bucal y maxilo facial). Llámanos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de tu tarjeta de identificación para verificar que tu proveedor es Preferido para el tipo de atención (p. ej., atención dental de rutina o cirugía bucal) que tienes programado recibir.

Cómo pagamos a los profesionales y centros de salud proveedores

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 recibes 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 te proporcionan. **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. Tú no presentas un reclamo. Tus costos de desembolso directo son, por lo general, menores cuando recibes servicios cubiertos de proveedores preferidos, y se limitan a tu coseguro o tus copagos (y, en el caso de la **Opción Estándar** únicamente, al deducible aplicable).
- **Proveedores Participantes.** Algunos Planes Locales también celebran contratos con otros proveedores que no están en nuestra red preferida. **Si se trata de profesionales, nos referimos a ellos como “Proveedores participantes”.** **Si se trata de centros de salud, nos referimos a ellos como “centros de salud miembros”.** Han acordado aceptar como pago total una cantidad negociada diferente de la de nuestros proveedores preferidos. Por lo general, también presentarán sus reclamos por ti. Han acordado no facturarte por los servicios cubiertos por un valor mayor al de tu deducible, coseguro o copagos correspondientes. Les pagamos directamente, pero de acuerdo con nuestros niveles de beneficios no preferidos. Sus costos de desembolso directo serán superiores que en el caso de que uses proveedores preferidos.

Nota: No todas las áreas tienen proveedores participantes o centros de salud miembros. Para verificar el estado de un proveedor, comuníquese con el Plan Local donde se prestarán los servicios.

- **Proveedores no participantes.** Los proveedores que no son proveedores preferidos ni participantes no tienen contratos con nosotros y pueden aceptar nuestra cantidad autorizada o no. **Por lo general, nos referimos a ellos como “proveedores no participantes”;** aunque, **si se trata de centros de salud, nos referimos a ellos como “centros de salud no miembros”.** Cuando usas proveedores no participantes, es posible que debas presentarnos tus reclamos. Nosotros te pagaremos nuestros beneficios y tú deberás pagarle al proveedor.

Debes pagar cualquier diferencia entre el monto que cobran los proveedores no participantes y nuestra cantidad autorizada (excepto en determinadas circunstancias; consulta las páginas 156 a 157). Además, debes pagar cualquier monto aplicable del coseguro, copago y deducible del año calendario, y los montos por los servicios no cubiertos. **Importante: Conforme a la Opción Estándar, tus costos de desembolso directo pueden ser sustancialmente superiores cuando utilizas proveedores no participantes en relación con los costos de cuando utilizas proveedores preferidos o participantes.** En la Opción Básica, debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

Nota: En las áreas de Planes Locales, los proveedores preferidos y los proveedores participantes que nos contratan aceptarán el 100 % de la cantidad autorizada por el Plan como pago total para los servicios cubiertos. Como resultado, solo eres responsable del coseguro o los copagos aplicables (y, solo según la **Opción Estándar**, el deducible aplicable) para los servicios cubiertos, así como cualquier cargo para servicios no cubiertos.

- **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. Por ejemplo, determinados programas piloto pueden revisar la cantidad autorizada por el Plan para los proveedores no participantes descritos en la Sección 10 de este folleto.

Tus derechos y responsabilidades

La OPM requiere que todos los planes de FEHB proporcionen cierta información a sus miembros de FEHB. Puedes 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 tu 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 tienes derecho a una amplia gama de protecciones para el consumidor y tienes responsabilidades específicas como miembro de este Plan. Puedes ver la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestro sitio web www.fepblue.org/en/rights-and-responsibilities.

Por ley, tienes derecho a acceder a tu información de salud protegida (protected health information, PHI). Si deseas más información respecto del acceso a la PHI, visita nuestro sitio web www.fepblue.org/en/terms-and-privacy/notice-of-privacy-practices/ para obtener nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puedes comunicarte con nosotros para solicitar que te enviemos por correo postal una copia de dicho Aviso.

Si deseas obtener más información sobre nosotros, llámanos o escríbenos. Nuestro número de teléfono se encuentra en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio. También puedes visitar nuestro sitio web www.fepblue.org.

Tus registros médicos y de reclamos son confidenciales

Mantendremos la confidencialidad de tu información médica y de tus reclamos.

Nota: como parte de nuestra administración de este contrato, podemos divulgar tu información médica y de tus reclamos (incluida tu utilización de medicamentos con receta médica) a cualquier médico que te trate o farmacias de despacho de medicamentos. Puedes 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 2022

No debes basarte únicamente en estas descripciones de cambios; esta sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulta 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 nuestra Opción Estándar únicamente

- La participación en los costos del miembro asociada con la atención que recibes de proveedores no participantes que no pueden facturarte el saldo en virtud de la Ley de No Sorpresas (No Surprises Act, NSA) ahora se aplicará al desembolso directo máximo catastrófico de proveedor preferido. Anteriormente, estos montos solo se contaban para el desembolso directo máximo de proveedor no preferido. (Consulta la página 33).
- Para los contratos para el solicitante únicamente, tu desembolso directo máximo catastrófico de proveedor preferido ahora es de \$6,000. En los contratos del solicitante y una persona y el solicitante y su familia, tu desembolso directo máximo catastrófico de proveedor preferido ahora es de \$12,000. Anteriormente, el desembolso directo máximo de proveedor preferido para los contratos del solicitante únicamente era de \$5,000; para los contratos del solicitante y una persona y el solicitante y su familia, el desembolso directo máximo de proveedor preferido era de \$10,000. (Consulta la página 33).
- Para los contratos del solicitante únicamente, tu desembolso directo máximo catastrófico de proveedor no preferido ahora es de \$8,000. En los contratos del solicitante y una persona y el solicitante y su familia, tu desembolso directo máximo catastrófico de proveedor no preferido ahora es de \$16,000. Anteriormente, el desembolso directo máximo de proveedor no preferido para los contratos del solicitante únicamente era de \$7,000; para los contratos del solicitante y una persona y el solicitante y su familia, el desembolso directo máximo de proveedor no preferido era de \$14,000. (Consulta la página 33).
- Ahora solo proporcionamos beneficios médicos para los electrocardiogramas. Anteriormente, se cubría un electrocardiograma por año calendario en virtud del beneficio de atención preventiva para adultos sin costo compartido para el miembro. (Consulta la página 40).
- Si eres admitido en un centro de salud miembro o no miembro debido a una emergencia médica o lesión producida en un accidente, ahora pagarás un copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada y luego proporcionamos los beneficios al 100 % de la cantidad autorizada por el Plan. Anteriormente, tú pagabas un copago de \$450 por admisión. (Consulta la página 79).

Cambios en nuestra Opción Básica únicamente

- Para los contratos del solicitante únicamente, tu desembolso directo máximo catastrófico de proveedor preferido ahora es de \$6,500. En los contratos del solicitante y una persona y el solicitante y su familia, tu desembolso directo máximo catastrófico de proveedor preferido ahora es de \$13,000. Anteriormente, el desembolso directo máximo de proveedor preferido para los contratos del solicitante solamente era de \$5,500; para los contratos del solicitante y una persona y el solicitante y su familia, el desembolso directo máximo de proveedor preferido era de \$11,000. (Consulta la página 33).
- Ahora solo proporcionamos beneficios médicos para los electrocardiogramas. Anteriormente, se cubría un electrocardiograma por año calendario en virtud del beneficio de atención preventiva para adultos sin costo compartido para el miembro. (Consulta la página 40).
- El costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad preferido de Nivel 4 ahora es un copago de \$85, limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días cuando se obtiene en una farmacia minorista preferida. El costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad no preferido de Nivel 5 ahora es un copago de \$110, limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días cuando se obtiene en una farmacia minorista preferida. Anteriormente, el costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad preferido de Nivel 4 era de \$65 de copago y el costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad no preferido de Nivel 5 era de \$90; cada uno también se limitaba a una compra de un suministro de hasta 30 días en una farmacia minorista preferida. (Consulta la página 114).
- Para los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare, el costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad preferido de Nivel 4 es ahora un copago de \$80, limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días cuando se obtiene en una farmacia minorista preferida. El costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad no preferido de Nivel 5 ahora es un copago de \$100, limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días cuando se obtiene en una farmacia minorista preferida. Anteriormente, el costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad preferido de Nivel 4 era un copago de \$60 y el costo compartido del miembro para un medicamento de especialidad no preferido de Nivel 5 era de \$80; cada

uno también se limitaba a una compra de un suministro de hasta 30 días en una farmacia minorista preferida. (Consulta la página 115).

- Tu costo compartido de miembro para algunos servicios destinados a tratar una lesión dental accidental cubierta ahora está sujeto a un coseguro del 30%. Anteriormente, tú pagabas un copago de \$30 por visita para tratar una lesión dental accidental. (Consulta la página 121).

Cambios en nuestras Opciones Estándar y Básica

- Ya no necesitarás obtener aprobación previa para la cirugía necesaria para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, para la atención proporcionada dentro de las 72 horas de la lesión accidental. Anteriormente, se requería aprobación previa para todas las cirugías necesarias para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, independientemente de cuándo se proporcionó la atención. (Consulta las páginas 22, 62, 68 y 78).
- Ya no eres responsable de la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y los cargos facturados por un proveedor no participante en ciertas situaciones descritas en la legislación federal de No Sorpresas (No Surprises ACT, NSA). Anteriormente, eras responsable de estas diferencias. (Consulta la página 32).
- Ahora cubrimos el asesoramiento grupal sobre prevención y reducción de riesgos para la salud, y el asesoramiento nutricional grupal en virtud del beneficio preventivo. Anteriormente, solo se cubría el asesoramiento individual. (Consulta las páginas 42, 46 y 61).
- Conforme a nuestro beneficio de maternidad, ahora ofrecemos un sacaleches y bolsas de almacenamiento de leche para mujeres miembros que están embarazadas o amamantando cuando se piden a través de nuestro proveedor de suministros. Anteriormente, estos artículos estaban cubiertos cuando se solicitaban a través de CVS Caremark. (Consulta la página 48).
- Ahora ofrecemos trasplantes de riñón como parte del programa Blue Distinction Centers for Transplants[®]. Anteriormente, los trasplantes de riñón no formaban parte de este programa. (Consulta la página 76).
- Los trasplantes de riñón ahora requerirán aprobación previa. Anteriormente, los trasplantes de riñón no requerían aprobación previa. (Consulta las páginas 62, 69 y 76).
- Ahora cubrimos la reconstrucción del pezón después de una mastectomía para la cirugía de reasignación de género de mujer a hombre. Anteriormente, no había ningún beneficio para este procedimiento. (Consulta la página 66).
- Ya no ofrecemos trasplantes de páncreas como parte del programa Blue Distinction Centers for Transplants[®]. (Consulta la página 76).
- Ahora proporcionamos cobertura para sistemas de administración de insulina sin tubo en el beneficio de farmacia de Nivel 2 y Nivel 3. Anteriormente, todos los tipos de sistemas de administración de insulina estaban cubiertos solo por el beneficio de DME, equipo médico duradero. (Consulta las páginas 110 y 114).
- En el caso de las hospitalizaciones para pacientes internados en centros de salud no miembros como resultado de emergencias médicas o lesiones accidentales, o en el caso de los partos de emergencia, nuestra cantidad autorizada es el monto facturado o el monto de pago calificado (qualifying payment amount, QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor. Anteriormente, nuestra cantidad autorizada para estos servicios era el monto facturado. (Consulta la página 156).
- 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 ahora el monto facturado o el monto de pago calificado (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor. Anteriormente, nuestra cantidad autorizada para estos servicios era el monto facturado. (Consulta la página 157).
- Para los servicios médicos que no son de emergencia prestados en hospitales preferidos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos identificados en virtud de la NSA que no tienen contrato con tu plan local de Blue Cross and Blue Shield y no pueden facturarte el saldo en virtud de esta regulación, nuestra cantidad autorizada es ahora igual al monto facturado o al monto de pago calificado (QPA), lo que sea menor. Anteriormente, nuestra cantidad autorizada era igual al monto mayor entre el monto de la lista de cargos para proveedores participantes de Medicare y el 100% de la cantidad autorizada por el Plan local. (Consulta la página 157).
- Para los servicios de emergencia médica prestados en el departamento de emergencias de un hospital proporcionados 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 ahora es igual al monto facturado o al monto de pago calificado (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor. Anteriormente, la cantidad autorizada por el Plan era 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; o (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. (Consulta la página 157).

- Ya no limitamos la diferencia entre la cantidad autorizada para proveedor no participante (Non-participating Provider Allowance, NPA) y el monto facturado a \$5,000 cuando se recibe atención en un centro de salud preferido de parte de ciertos proveedores profesionales no participantes. Las regulaciones federales ahora limitan lo que se te puede facturar en estas situaciones. (Consulta las páginas 32 y 157).

Sección 3. Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación

Te enviaremos una tarjeta de identificación (ID) cuando te inscribas. Debes llevar tu tarjeta de identificación contigo en todo momento. La necesitarás siempre que recibas servicios de un proveedor cubierto o surtas una receta a través de una farmacia minorista preferida. Hasta que recibas tu tarjeta de identificación, utiliza 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 recibes tu tarjeta de identificación en el término de 30 días a partir de la fecha de vigencia de tu inscripción, o si necesitas tarjetas de reemplazo, llama al Plan Local que cubre la zona donde vives para solicitar que te asistan, o escríbenos directamente a la siguiente dirección: FEP® Enrollment Services, 840 First Street, NE, Washington, DC 20065. También puedes solicitar tarjetas de reemplazo a través de nuestro sitio web www.fepblue.org.

Dónde obtener la atención cubierta

En virtud de la Opción Estándar, puedes obtener atención de cualquier “proveedor profesional cubierto” o “centro de salud proveedor cubierto”. La cantidad que paguemos, o que tú pagues, depende del tipo de proveedor cubierto que utilices. Si usas nuestros proveedores preferidos, participantes o miembros, pagarás menos.

En la Opción Básica, debes utilizar los “profesionales proveedores cubiertos” o los “centros de salud proveedores cubiertos” que sean **Proveedores preferidos** para la Opción Básica a fin de recibir beneficios. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito. Consulta la página 13 para obtener más información sobre proveedores preferidos.

Tanto con la Opción Básica como con la Estándar, también puedes recibir atención para el tratamiento de afecciones agudas menores (consulta la página 155 para ver la definición), atención dermatológica (consulta la página 39), asesoramiento para trastornos de salud del comportamiento y por abuso de sustancias (consulta la página 99), y orientación nutricional (consulta las páginas 42 y 46), utilizando los servicios de teleconsulta prestados por teléfono llamando al 855-636-1579, TTY: 855-636-1578, o por mensajería/video en línea seguro en www.fepblue.org/telehealth.

El término “proveedor de atención primaria” incluye a médicos de familia, médicos generales, especialistas en medicina interna, pediatras, obstetras/ginecólogos y auxiliares médicos. Los auxiliares médicos que trabajan para un especialista también pueden considerarse especialistas.

Protección contra la facturación de saldo

Las aseguradoras de FEHB deben tener cláusulas en sus acuerdos de proveedores dentro de la red (participantes). Estas cláusulas establecen que, para un servicio que es un beneficio cubierto en el folleto del plan o, en algunos casos, para servicios que no se consideran médicamente necesarios, el proveedor de la red acepta liberar de responsabilidad a la persona cubierta (y no puede facturar) por la diferencia entre el cargo facturado y el monto contratado dentro de la red. Si un proveedor de la red te factura servicios cubiertos por encima de tu costo compartido normal (deducible, copago, coseguro), comunícate con tu aseguradora para hacer cumplir los términos de su contrato de proveedor.

• Profesionales proveedores cubiertos

Ofrecemos beneficios por los servicios de profesionales proveedores cubiertos, de conformidad con la Sección 2706(a) de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act, PHSA). Los profesionales proveedores cubiertos dentro de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. 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. **Si el estado no posee el requisito de licencia o certificación correspondiente, el proveedor debe cumplir con los requisitos del Plan Local.** Tu 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.

Este plan reconoce que los miembros transexuales, transgénero y de género no conforme requieren atención médica proporcionada por proveedores de atención médica con experiencia en salud transgénero. Si bien los cirujanos de reasignación de género (los detalles de los beneficios se encuentran en la Sección 5(b)) y los proveedores de terapia hormonal (los detalles de los beneficios se encuentran en la Sección 5(f)) desempeñan funciones importantes en la atención preventiva, debes consultar a un proveedor de atención primaria familiarizado con tus necesidades de atención médica generales. Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los miembros que cumplan con las pautas de necesidad médica.

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

- **Centros de salud proveedores cubiertos**

Los Centros de salud cubiertos 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.
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 incapacidades, 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: Consideramos las enfermerías universitarias como hospitales no preferidos (miembro/no miembro). Además, podemos, a nuestro criterio, reconocer como hospital no miembro a cualquier institución situada fuera de los 50 estados y el 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 residenciales de tratamiento: los centros residenciales de tratamiento (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 abuso 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 87 a 88 y 100 a 101. Si tienes alguna pregunta con respecto a los tratamientos en un RTC, comunícate con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Atención especializada Blue Distinction®

La Atención especializada de Blue Distinction, nuestro programa de centros de excelencia, se centra en el tratamiento eficaz de procedimientos de especialidad, como los siguientes: cirugía bariátrica, atención cardiológica, reemplazos de rodilla y cadera, cirugía de columna, trasplantes, atención oncológica, inmunoterapia celular (terapia de linfocitos T con receptor de antígeno quimérico [chimeric antigen receptor T-cell therapy, CAR-T]), terapia genética, atención por maternidad, y tratamiento y recuperación por abuso de sustancias. Mediante el uso de criterios nacionales de evaluación desarrollados con aportes de expertos médicos, los centros Blue Distinction Centers ofrecen atención integral brindada por equipos multidisciplinarios con capacitación en subespecialidades y experiencia práctica clínica distinguida. Los proveedores demuestran atención de calidad, experiencia en tratamientos y mejores resultados generales para los pacientes.

Cubrimos la atención especializada en centros Blue Distinction Centers designados a niveles de beneficios preferidos. Consulta las páginas 86 a 87 para obtener información sobre los beneficios mejorados para pacientes hospitalizados y ambulatorios para cirugías bariátricas, de columna vertebral, rodilla y cadera realizadas en un centro Blue Distinction Center. Brindamos también beneficios mejorados para los servicios de trasplante cubiertos que se realizan en los centros designados de Blue Distinction Centers for Transplant según lo descrito en la página 76.

Para obtener una lista de Blue Distinction Centers, visita <https://www.bcbs.com/blue-distinction-center/facility>; accede a nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) a través de www.fepblue.org/provider/; o llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Centro de investigación del cáncer: un centro con las siguientes características:

1. Es una institución que es un Grupo de Estudios sobre el Cáncer del Centro Nacional Cooperativo, financiada por el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) y que ha sido aprobada por un Grupo Cooperativo como centro para trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.
2. Es un centro de cáncer designado por el NCI.
3. Es una institución que tiene un subsidio de revisión científica externa financiado por el NCI o los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH), dedicada al estudio de alotrasplantes o autotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.

Centro de salud acreditado por la FACT

Un centro de salud con un programa de trasplantes acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT). Los programas de terapia celular acreditados por la FACT cumplen con normas rigurosas. Puedes obtener información con respecto a los programas de trasplantes de la FACT si te comunicas con el coordinador de trasplante en el número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación o si visitas www.factwebsite.org.

Nota: Ciertos trasplantes de células madre se deben realizar en un centro de salud acreditado por la FACT (consulta la página 70).

Centro de enfermería especializada (SNF)

Un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) es una institución autónoma o una parte diferenciada de un hospital que habitualmente factura el seguro como un centro de enfermería especializada y cumple con los siguientes criterios:

- Es un centro de enfermería especializada certificado por Medicare.
- Está autorizado conforme a la ley local o estatal, o está aprobado por la agencia de certificación local o estatal como institución que cumple con los estándares de certificación (en el lugar donde la ley local o estatal estipula la certificación de dichos centros).
- Tiene un acuerdo de transferencia vigente con uno o más hospitales preferidos.
- Participa principalmente en la prestación de atención de enfermería especializada y servicios relacionados para pacientes que requieren atención médica o de enfermería, o servicios de rehabilitación para la rehabilitación de personas lesionadas, discapacitadas o enfermas.

Para tener cobertura, la atención en un centro de enfermería especializada no puede ser atención de mantenimiento ni atención de custodia. El término “centro de enfermería especializada” no incluye ninguna institución que sea principalmente para la atención y el tratamiento de enfermedades mentales.

Nota: Se aplican criterios adicionales cuando la Parte A de Medicare no es el pagador primario (consulta la página 88).

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

Qué debes hacer para obtener la atención cubierta

En la **Opción Estándar**, puedes consultar a cualquier proveedor cubierto que desees, pero, en algunas circunstancias, debemos aprobar tu atención con anticipación.

En la **Opción Básica**, debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios, excepto en las situaciones que figuran a continuación. Además, debemos aprobar con anticipación ciertos tipos de atención. Consulta la Sección 4, *Tus 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 producidas en un accidente 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 asistentes de cirujano no preferidos.
3. Servicios de laboratorio y patología, radiografías y pruebas de diagnóstico facturadas 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. Te recomendamos que te comuniques con tu 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 conforme a las excepciones de Opción Básica para la atención de proveedores no preferidos, eres el responsable del coseguro o el copago aplicables, y también puedes ser responsable de

cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.

- **Atención de transición** **Atención especializada:** si padeces una afección crónica o incapacitante y
 - dejas de tener acceso a tu especialista porque dejamos de pertenecer al Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) y te inscribes en otro plan de FEHB; o
 - dejas de tener acceso a tu especialista preferido porque rescindimos nuestro contrato con tu especialista sin causa justificada;

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

Si estás en el segundo o tercer trimestre de embarazo y dejas de tener acceso a tu especialista por las circunstancias mencionadas anteriormente, puedes continuar visitando a tu especialista y los beneficios preferidos continuarán hasta que finalice tu atención de postparto, aunque esta supere los 90 días.

- **Si estás hospitalizado cuando comienza tu inscripción** Pagamos por los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de tu inscripción. Sin embargo, si estás en el hospital cuando comienza tu inscripción en el Plan, llámanos de inmediato. Si aún no has recibido tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio, puedes comunicarte con tu Plan Local al número de teléfono que figura en tu directorio telefónico local. Si ya tienes tu nueva tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio, llámanos al número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta. Si eres nuevo en el Programa de FEHB, te reembolsaremos los servicios cubiertos de tu estadía en el hospital desde la fecha de vigencia de tu cobertura.

Sin embargo, si te cambiaste de otro plan de FEHB al nuestro, tu plan anterior pagará los gastos de tu estadía en el hospital hasta una de las siguientes fechas:

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

Estas disposiciones solo se aplican a los beneficios de la persona hospitalizada. Si tu 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 del miembro en virtud del nuevo plan comienzan en la fecha de vigencia de la inscripción.

Necesitas 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 recibas 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 obtienes una certificación previa, puede producirse una reducción o denegación de los beneficios. Lee toda la información sobre la certificación previa y la aprobación previa a continuación y en las páginas 22 a 26. Puedes encontrar nuestras políticas médicas de FEP visitando www.fepblue.org/policies.

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

como paciente hospitalizado o admisión en el centro de enfermería especializada

En la mayoría de los casos, tu médico o centro de salud se ocupará de solicitar la certificación previa. Dado que sigues siendo responsable de garantizar que se obtenga la certificación previa respecto de la atención que recibirás, siempre debe preguntarle a tu médico, hospital, centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados o centro de enfermería especializada si se han comunicado con nosotros y si han brindado toda la información necesaria. Puedes comunicarte con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para consultar si hemos recibido la solicitud de certificación previa. También debes inscribirte en la administración de casos y trabajar con tu administrador de caso si tu atención conlleva tratamiento residencial o en un centro de enfermería especializada. Para obtener información sobre la certificación previa de una hospitalización de emergencia como paciente hospitalizado, consulta la página 26.

Advertencia:

Reduciremos nuestros beneficios para la estadía en un hospital como paciente hospitalizado en \$500, incluso si has 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 alojamiento 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 alojamiento y comida) no están disponibles para la atención de pacientes hospitalizados en un centro de tratamiento residencial o, cuando la Parte A de Medicare no es el pagador primario, en un centro de enfermería especializada. Solo pagaremos los servicios y suministros médicos cubiertos que de otra manera son pagaderos para pacientes ambulatorios.

Excepciones:

No necesitas certificación previa en los siguientes casos:

- Te 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 y centros de enfermería especializada.
- Tienes otra póliza de seguro de salud grupal que es el pagador primario de la estadía hospitalaria; con la excepción de los ingresos para una cirugía de reasignación de género. (Consulta la página 76 para conocer las instrucciones especiales respecto de las admisiones correspondientes a los centros Blue Distinction Centers for Transplants).
- La Parte A de Medicare es el pagador primario de la estadía hospitalaria o en un centro de enfermería especializada, con la excepción de las admisiones para una cirugía de reasignación de género. (Consulta la página 76 para conocer las instrucciones especiales respecto de las admisiones correspondientes a los centros Blue Distinction Centers for Transplants).

Nota: Si agotas tus beneficios hospitalarios de Medicare y no deseas utilizar tus días de reserva de por vida de Medicare, entonces **efectivamente** necesitas certificación previa.

Nota: La cirugía para obesidad mórbida realizada durante una estadía para pacientes hospitalizados (incluso cuando la Parte A de Medicare es tu pagador primario) debe cumplir con los requisitos quirúrgicos que se describen en las páginas 64 a 65, a fin de que los beneficios se proporcionen para la admisión y el procedimiento quirúrgico.

Otros servicios

Debes obtener la aprobación previa para recibir estos servicios según las Opciones Estándar y Básica en todos los entornos de pacientes ambulatorios y hospitalizados a menos que se indique lo contrario. La certificación previa también se necesita si el servicio o procedimiento requiere un ingreso en el hospital como paciente hospitalizado. Comunícate con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación antes de recibir este tipo de servicios, y nosotros solicitaremos la evidencia médica necesaria para la determinación de la cobertura:

- **Terapia genética e inmunoterapia celular como, por ejemplo, la terapia de linfocitos T con CAR (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; consulta la Sección 5(c), página 92 para obtener más información.
- **Estudios del sueño para pacientes ambulatorios en centros de salud:** se requiere aprobación previa para estudios del sueño realizados en el consultorio de un proveedor, un centro de salud del sueño, una clínica, cualquier tipo de centro para pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación que no sea tu hogar.
- **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.
- **Cirugía de reasignación de género:** antes del tratamiento quirúrgico de la disforia de género, tu 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 tu proveedor posteriormente modifica el plan
- **Prueba de BRCA y pruebas de grandes reordenamientos genómicos en los genes BRCA1 y BRCA2:** se requiere la aprobación previa para las pruebas de BRCA y pruebas de grandes reordenamientos genómicos en los genes BRCA1 y BRCA2 ya sea que se realicen por razones preventivas o de diagnóstico.
Nota: debes recibir servicios de orientación y evaluación genéticas antes de la prueba de BRCA preventiva. Consulta la página 44.
- **Servicios quirúrgicos:** los servicios quirúrgicos que figuran en la siguiente lista requieren aprobación previa para la atención brindada por profesionales y centros de salud proveedores preferidos, participantes/miembros y no participantes/no miembros:
 - Cirugía para tratar la obesidad mórbida.
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 las páginas 64 a 65.
 - Corrección quirúrgica de anomalías congénitas (consulta la definición en la página 152).
 - Cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente (consulta la definición en la página 152) en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, excepto cuando la atención se brinda dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.
 - Cirugía de reasignación de género.
- **Terapia de radiación de intensidad modulada (IMRT):** se requiere aprobación previa para todos los servicios de terapia de radiación de intensidad modulada (Intensity-Modulated Radiation Therapy, IMRT), excepto la IMRT relacionada 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.
- **Centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales):** se requiere aprobación previa para cuidados paliativos a domicilio, cuidados paliativos continuos a domicilio o servicios de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Te indicaremos cuáles son las agencias de cuidados paliativos a domicilio que hemos aprobado. Consulta la página 90 para obtener información sobre la excepción a este requisito.
- **Trasplantes de órganos/tejidos:** consulta la página 69 para obtener una lista de los trasplantes de órganos/tejidos cubiertos. **Se requiere aprobación previa** para el procedimiento y el centro de salud. Llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación antes de obtener los servicios. Te pediremos la documentación médica que necesitamos para autorizar la cobertura. Consideraremos si el centro de salud está aprobado para el procedimiento y si reúnes los requisitos de este centro.

Los **procedimientos de trasplante de órganos** indicados en las páginas 70 a 71 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. Comunícate con tu 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 puedes utilizar cualquier centro de salud cubierto que realice el procedimiento. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órgano previsto, pero tu centro de salud no está aprobado por Medicare para el procedimiento, comunícate con tu Plan Local al número de teléfono de servicios al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea que se indican en las páginas 71 a 73 deben realizarse en un centro de salud con un programa de trasplante acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT) o en un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center for Transplants o un Centro de Investigación del Cáncer. Los **procedimientos de trasplante que se indican en la página 74** se deben realizar en un centro de salud acreditado por la FACT. Consulta la página 19 para obtener más información sobre estos tipos de centros de salud.

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 brindan beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto, a menos que el centro de salud esté específicamente designado o acreditado para realizar ese procedimiento. Antes de programar un trasplante, comunícate con tu Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para 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:** consulta las páginas 73 y 74 para obtener la lista de afecciones cubiertas **únicamente** en ensayos clínicos. Llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener información o solicitar aprobación previa antes de obtener los servicios. Te 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 no seas elegible para ser incorporado en estos ensayos o que no existan ensayos disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants para tratar tu afección. Si el médico te ha recomendado que recibas un trasplante o que participes en un ensayo clínico de trasplantes, te recomendamos que te comuniques con el Departamento de Administración de Casos en tu Plan Local.

Nota: Para 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 de salud acreditado por la FACT, el centro Blue Distinction Center for Transplants o el Centro de Investigación del Cáncer (consulta la página 73) donde se llevará a cabo el procedimiento.

- **Viaje por trasplante:** reembolsamos los gastos de transporte (aéreo, tren, autobús o taxi) y alojamiento si vives a cincuenta (50) millas o más del centro de salud, hasta un máximo de \$5,000 por trasplante para el miembro y los acompañantes. Si el receptor del trasplante tiene 21 años o menos, pagamos hasta \$10,000 por gastos de viaje elegibles para el miembro y sus acompañantes. El reembolso está sujeto a las normas del IRS.
- **Medicamento con receta médica y suministros: ciertos medicamentos con receta médica y suministros requieren aprobación previa.** Comunícate 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. Te pediremos la información que necesitamos para autorizar la cobertura. Para determinados medicamentos, debes renovar la aprobación previa periódicamente.

Consulta las páginas 106 a 107 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).

Ten en cuenta que las actualizaciones a las listas de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa se realizan 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.

Nota: Hasta que los aprobemos, debes pagar el monto total de estos medicamentos cuando los compres, incluso si los compras en una farmacia minorista preferida o a través de nuestra farmacia de medicamentos de especialidad, y debes enviarnos los gastos en un formulario de reclamo. Las farmacias preferidas no presentarán estos reclamos en tu nombre.

En la **Opción Estándar**, los miembros pueden utilizar nuestro programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo para surtir sus recetas. Los miembros de la **Opción Básica** con cobertura primaria de la Parte B de Medicare también pueden utilizar este programa una vez que se obtenga la aprobación previa.

Nota: El programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo no surtirá una receta que requiera aprobación previa hasta que hayas obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará tu receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir tu receta y se te enviará una carta que explique los procedimientos para obtener aprobación previa.

Nota: El programa de Farmacias de medicamentos de especialidad no surtirá una receta que requiera aprobación previa hasta que hayas obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará tu receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir tu receta y se te enviará una carta que explique los procedimientos para obtener aprobación previa.

- **Los alimentos medicinales cubiertos por el beneficio de farmacia requieren de aprobación previa.** Consulta la página 109 en la Sección 5 (f) para obtener más información.

- **Cirugía realizada por proveedores No participantes en la Opción Estándar**

Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para cirugías que no sean de emergencia que vayan a realizar médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de **\$5,000 o más**. Cuando te comuniques con tu plan local de Blue Cross and Blue Shield antes de la cirugía, el Plan Local revisará tu cirugía programada a fin de determinar tu cobertura, la necesidad médica de los procedimientos y la cantidad autorizada por el Plan para los servicios. Puedes llamar a tu Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Nota: En la Opción Estándar, los miembros no necesitan obtener aprobación previa para las cirugías realizadas por proveedores no participantes (a menos que la cirugía figure en la lista de la página 22 o sea uno de los procedimientos de trasplante enumerados en las páginas 70 a 74), incluso si el cargo es de \$5,000 o más. Si no llamas a tu Plan Local con anticipación a la cirugía, revisaremos tu reclamo para proporcionar los beneficios para los servicios de acuerdo con los términos de tu cobertura.

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

Primero, tú, tu representante, médico, hospital, centro de tratamiento residencial u otro centro de hospitalización cubierto deben llamarnos al número de teléfono que figura al reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio en cualquier momento antes de la admisión o antes de recibir servicios que requieren aprobación previa.

Luego, proporciona la siguiente información:

- Nombre del miembro y número de identificación del Plan
- Nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono del paciente.

- Motivo de la hospitalización del paciente, 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 hospitalización es en un centro de tratamiento residencial, un plan de tratamiento preliminar y un plan de alta deben acordarse entre el miembro, proveedor y administrador del caso del Plan Local y el RTC.

Nota: debes inscribirte y participar en la administración de casos con tu Plan Local antes, durante y después de una estadía como paciente hospitalizado en un RTC. Consulta las páginas 87 a 88 y 100 a 101 para obtener más información.

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. Debes comunicarte 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 recibiste. Te 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. Te 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 te 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 tu parte, nuestra notificación describirá la información específica requerida y te concederemos hasta 60 días a partir de la fecha de recepción de la notificación para proporcionar la información.

- **Reclamos de atención de urgencia**

Si tienes un **reclamo de atención de urgencia** (es decir, en la que la espera de tu atención o tratamiento médicos ponga en grave peligro tu vida, salud o posibilidad de recuperar tus funciones por completo; o que, según la opinión de un médico que conozca tu afección médica, te sometería a un dolor agudo que no pueda controlarse adecuadamente sin esta atención o este tratamiento), aceleraremos nuestra revisión del reclamo y te 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, consulta la sección *Si es necesario extender tu tratamiento* en la página 27). Si solicitas que revisemos tu reclamo como un reclamo de atención de urgencia, revisaremos el documento que proporcionas 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 proporcionas información suficiente, nos comunicaremos contigo en el plazo de 24 horas después de que recibamos el reclamo para notificarte la información específica que necesitamos para completar nuestra revisión del reclamo. A partir de entonces, tendrás 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 informarte 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. Puedes solicitar que tu reclamo de atención de urgencia en apelación sea revisado en forma simultánea por nosotros y la OPM. Comunícanos que deseas obtener una revisión simultánea de tu reclamo de atención de urgencia de la OPM, ya sea por escrito en el momento en que apelas nuestra decisión inicial o por teléfono al número que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio. También puedes llamarnos al FEHB 1 de la OPM al 202-606-0727 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este (excepto los feriados), y pedir la revisión simultánea. Colaboraremos con la OPM para que puedan revisar rápidamente tu reclamo en apelación. Además, si no indicaste que tu reclamo era un reclamo de atención de urgencia, llámanos al número de teléfono que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación. Si se determina que tu reclamo es un reclamo de atención de urgencia, aceleraremos nuestra revisión (si todavía no hemos respondido a tu 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 tu inscripción finaliza. Si consideramos que se justifica una reducción o terminación, te concederemos el tiempo suficiente para apelar y obtener nuestra decisión antes de que se lleve a cabo la reducción o terminación.

Si solicitas 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 para hospitalización de emergencia**

Si tienes una admisión de emergencia debido a una afección que consideras razonablemente que pone en peligro tu vida o que podría causar un daño grave a tu organismo, tú, tu 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 hayas sido dado de alta del hospital. Si no nos llamas en el término de dos días hábiles, es posible que se aplique una multa de \$500 (consulta *Advertencia en Admisiones en el hospital como paciente hospitalizado* anteriormente mencionada en esta sección y *Si es necesario extender tu estadía en el hospital* a continuación).

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

- **Cuidados por maternidad**

No necesitas certificación previa para admisión por maternidad en caso de un parto simple. Sin embargo, si tu afección médica requiere que permanezcas hospitalizada más de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea, tu médico o el hospital deberán comunicarse con nosotros para obtener certificación previa para los días adicionales. Además, si tu recién nacido permanece en el hospital después de que recibas el alta, tu médico o el hospital deberán comunicarse con nosotros para solicitar la certificación previa por los días adicionales de tu 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 tu estadía en el centro de atención**

Si es necesario extender tu estadía en el **hospital**, incluida la atención por maternidad, tú, tu representante, tu médico o el hospital deben solicitarnos aprobación para los días adicionales. Si permaneces en el hospital una cantidad de días superior a la que aprobamos y no obtienes 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 necesitas extender tu estadía en un **centro de tratamiento residencial**, tú, tu representante, tu

médico o el centro de tratamiento residencial deben solicitarnos la aprobación de los días adicionales. Si permaneces en el centro de tratamiento residencial después de la cantidad de días aprobados y no obtuviste la certificación previa de los días adicionales, brindaremos los beneficios para los servicios cubiertos médicamente necesarios, que no sean alojamiento y comida para pacientes hospitalizados, y la atención médica para pacientes hospitalizados, al nivel que hubiéramos pagado si se hubieran brindado como paciente ambulatorio.

- **Si es necesario extender tu tratamiento**

Si solicitas 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 estás de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio**

Si tienes un **reclamo previo** al servicio y no estás de acuerdo con nuestra decisión respecto a la certificación previa de una hospitalización o la aprobación previa de *Otros servicios*, puedes solicitar una revisión si sigues los procedimientos que figuran en la página siguiente. Ten en cuenta que estos procedimientos también se aplican a las solicitudes de reconsideración de reclamos de atención simultánea (consulta la página 152 para conocer la definición). (Si ya has recibido el servicio, el suministro o el tratamiento, entonces tu reclamo es un **reclamo posterior al servicio** y debes 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, puedes solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Sigue 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 tu solicitud de reconsideración por escrito para lo siguiente:

1. Emitir la certificación previa para tu estadía en el hospital o, si corresponde, aprobar tu solicitud de aprobación previa para el servicio, medicamento o suministro.
2. Escribirte y reafirmar nuestra negativa.
3. Solicitarles más información a ti o a tu proveedor.

Tú o tu proveedor deberán enviar la información para que la recibamos en el término de 60 días des de 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. Te escribiremos para informarte 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, puedes solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Sigue 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, te notificaremos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de tu 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, faxu otros métodos rápidos.

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

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

- **Programa Federal de Cuentas de**

Cuenta de gastos flexible de atención médica (health care flexible spending account, HCFSAs): te reembolsa por gastos de desembolso directo elegibles de atención médica (como copagos,

**Gastos Flexibles
(FSAFEDS)**

deducibles, fármacos y medicamentos de venta libre recetados por el médico, gastos dentales y de la vista, y mucho más) para ti y tus dependientes para fines de impuestos, incluidos los hijos adultos (hasta el fin del año calendario en el que cumplan 26 años).

FSAFEDS ofrece reembolso sin trámites para tu HCFA a través de una serie de planes FEHB y FEDVIP. Esto significa que cuando tú o tu proveedor presenten reclamos ante tu plan de FEHB o FEDVIP, FSAFEDS reembolsará automáticamente tus desembolsos directos elegibles según la información del reclamo que recibas de tu plan.

Sección 4. Tus costos por servicios cubiertos

Esto es lo que tendrás que pagar de desembolso directo por la atención cubierta que recibas:

Participación en los costos/costos compartidos

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

Nota: es posible que debas pagar los montos del deducible, coseguro o copago que correspondan a tu atención en el momento en que recibes los servicios.

Copago

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

Por ejemplo: si tienes la Opción Estándar, cuando consultas a tu médico preferido, pagas un copago de \$25 por la visita al consultorio y luego nosotros pagamos el saldo correspondiente a la cantidad que autorizamos para la visita al consultorio. (Es posible que debas pagar por separado otros servicios que recibas mientras estés en el consultorio médico). Cuando vas a un hospital preferido, pagas un copago de \$350 por admisión. Luego, nosotros pagamos el saldo correspondiente a la cantidad que autorizamos por los servicios cubiertos que recibas.

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 tu copago, tú pagas el monto menor.

Nota: Cuando el mismo profesional o proveedor de un centro de salud presta servicios de copago múltiples en el mismo día, se aplica un solo copago por proveedor por día. Cuando los montos de copago son diferentes, se aplica el copago más alto. Es posible que debas hacerte cargo de un copago aparte para algunos servicios.

Por ejemplo: Si tienes la Opción Básica cuando visitas el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital preferido para servicios de tratamiento no urgentes, tu copago es de \$100 (consulta la página 81). Si también recibes un ultrasonido en el departamento de pacientes ambulatorios del mismo hospital el mismo día, no deberás hacerte cargo del copago de \$40 por el ultrasonido (se muestra en la página 83).

Deducible

Un deducible es un monto fijo de gastos cubiertos que debes 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 tu deducible. Cuando un servicio o suministro cubierto está sujeto a un deducible, solo cuenta como parte de tu deducible la cantidad autorizada por el Plan para el servicio o suministro que luego pagarás.

En la Opción Estándar, el deducible por año calendario es de \$350 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 combinan y el monto alcance \$700.

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 tu deducible, tú pagas el monto menor.

Por ejemplo: Si la cantidad facturada es de \$100, el proveedor tiene un acuerdo con nosotros para aceptar \$80, y tú no has pagado ningún monto como parte de tu deducible por año calendario de la Opción Estándar, debes pagar \$80. Aplicaremos \$80 a cuenta de tu deducible. Comenzaremos a pagar beneficios cuando el saldo pendiente de tu deducible por año calendario de la Opción Estándar (\$270) haya sido pagado.

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

En la Opción Básica, no hay deducible por año calendario.

Coseguro

Un coseguro es el porcentaje de la cantidad autorizada por el Plan que debes pagar por tu atención. Tu coseguro se basa en la cantidad autorizada por el Plan o el monto facturado, lo que sea menor. **Únicamente en la Opción Estándar**, el coseguro no comienza hasta que alcanzas tu deducible por año calendario. Consulta la Sección 5(i) para obtener información sobre nuestros deducibles y beneficios en el extranjero.

Por ejemplo: Tú pagas el 15 % de la cantidad autorizada por el Plan en la Opción Estándar para DME, equipo médico duradero, obtenido de un proveedor preferido, una vez que alcanzas tu deducible por año calendario de \$350.

Si tu proveedor habitualmente renuncia a tu costo

Nota: **Si tu proveedor habitualmente renuncia** (no te exige pagar) a tu deducible aplicable (únicamente en la Opción Estándar), coseguro o copagos, 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.

Por ejemplo: Si tu médico suele cobrar \$100 por un servicio, pero habitualmente renuncia a su coseguro del 35 % de la Opción Estándar, el cargo real es de \$65. Pagaremos \$42.25 (el 65 % del cargo real de \$65).

Renuncias

En algunos casos, un proveedor preferido, participante o miembro puede pedirle que firme una “renuncia” antes de recibir atención. Esta renuncia puede decir que aceptas la responsabilidad de pagar el cargo total por cualquier servicio de atención que no esté cubierto por tu plan de salud. Si firmas una renuncia de este tipo, tu responsabilidad de pagar el cargo total o no depende de los contratos que el Plan Local tenga con sus proveedores. Si te piden que firmes este tipo de renuncia, debes tener en cuenta que, si se niega el pago de beneficios por los servicios, podrías ser responsable legalmente de pagar los gastos relacionados. Si deseas obtener más información sobre las renunciaciones, comunícate con nosotros llamando al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu 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, consulta 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 debes pagar o no la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la factura dependerá del tipo de proveedor que utilices. Los proveedores que tienen acuerdos con este Plan son preferidos o participantes, y no te facturarán por cualquier saldo que exceda nuestra cantidad autorizada para los servicios cubiertos. Consulta 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 utilizas un proveedor preferido, la parte que te corresponde pagar de la factura del proveedor por la atención cubierta es limitada.

En la Opción Estándar, tu parte consta únicamente de tu deducible y tu coseguro o copago. Este es un ejemplo con respecto al coseguro: tú consultas a un médico preferido que cobra \$250, pero nuestra cantidad autorizada es \$100. Si has alcanzado tu deducible, solo eres responsable de tu coseguro. Es decir, en la Opción Estándar, solo pagas el 15 % de nuestra cantidad autorizada de \$100 (\$15).

Debido al acuerdo, tu médico preferido no emitirá una factura por la diferencia de \$150 entre nuestra cantidad autorizada y la factura.

En la Opción Básica, tu parte consta únicamente de la cantidad de tu coseguro o copago, ya que no hay deducible por año calendario. A continuación, brindamos un ejemplo con respecto al copago: Consultas a un médico preferido que cobra \$250 por los servicios cubiertos sujetos a un copago de \$30. Si bien nuestra cantidad autorizada puede ser de \$100, solo sigues pagando el copago de \$30. Debido al acuerdo, tu médico preferido no emitirá una factura por la diferencia de \$220 entre su copago y la factura.

Recuerda que, en la Opción Básica, debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.

Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

- **Proveedores Participantes.** Estos tipos de proveedores **no preferidos** tienen acuerdos con el Plan Local para limitar la cantidad que facturan a nuestros miembros de la Opción Estándar.

En la Opción Estándar, cuando utilizas un proveedor participante, tu parte de cargos cubiertos consta solo de tu deducible y tu coseguro o copago. A continuación, brindamos un ejemplo: Consultas a un médico participante que cobra \$250, pero la cantidad autorizada por el Plan es \$100. Si has alcanzado tu deducible, solo eres responsable de tu coseguro. Es decir, en la Opción Estándar, solo pagas el 35 % de nuestra cantidad autorizada de \$100 (\$35). Debido al acuerdo, tu médico participante no emitirá una factura por la diferencia de \$150 entre nuestra cantidad autorizada y la factura.

En la Opción Básica, no hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores participantes; debes pagar todos los cargos. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

- **Proveedores no participantes.** Estos **proveedores no preferidos** no tienen acuerdos para limitar la cantidad que te facturarán. Como resultado, tu parte de la factura del proveedor podría ser bastante superior en relación con lo que pagarías por la atención cubierta de un proveedor preferido. Si tienes intenciones de utilizar un proveedor no participante para tu atención, te aconsejamos que preguntes al proveedor sobre los costos esperados y que visites nuestro sitio web, www.fepblue.org, o que nos llames al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para recibir ayuda en la estimación de sus gastos de desembolso directo totales.

En la Opción Estándar, cuando utilices un proveedor no participante, deberás pagar su deducible y coseguro **más** cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y los cargos de la factura (excepto en determinadas circunstancias; consulta las páginas 156 a 158). Por ejemplo, consultas a un médico no participante que cobra \$250. La cantidad autorizada por el Plan es nuevamente \$100 y tú has alcanzado tu deducible. Eres responsable de pagar tu coseguro; por lo tanto, pagas el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan de \$100 o \$35. Además, como no existe ningún acuerdo entre el médico no participante y nosotros, el médico puede facturarte la diferencia de \$150 entre nuestra cantidad autorizada y la factura. Esto significa que pagarías un total de \$185 (\$35 + \$150) por los servicios de un médico no participante, en lugar de \$15 por el mismo servicio cuando lo realiza un médico preferido. Te aconsejamos **visitar siempre a proveedores preferidos para tu atención. Si utilizas proveedores no participantes o no miembros, podrías pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibes.**

En la Opción Básica, no hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores no participantes; debes pagar todos los cargos. Consulta la página 20 para conocer las

excepciones a esterequisito.

Las tablas que aparecen a continuación ilustran cuánto dinero deben pagar los miembros de la **Opción Estándar** como desembolso directo por los servicios prestados por proveedores preferidos, proveedores participantes/miembros y proveedores no participantes/no miembros. El primer ejemplo muestra los servicios prestados por un médico y el segundo muestra la atención en centros de salud facturada por un centro de salud quirúrgico ambulatorio. En ambos ejemplos, ya has alcanzado tu deducible por año calendario. **Se utiliza esta información únicamente para fines ilustrativos.**

Los niveles de beneficios de la **Opción Básica** para la atención médica comienzan en la página 39; consulta la página 81 para ver los niveles de beneficios de la Opción Básica que corresponden a la atención en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud quirúrgico ambulatorio.

En el siguiente ejemplo, comparamos cuánto dinero debe pagar como desembolso directo por los servicios prestados de un médico preferido, un médico participante y un médico no participante. El cuadro utiliza nuestro ejemplo de un servicio por el que el médico cobra \$250, y la cantidad autorizada por el Plan es \$100.

EJEMPLO

Médico preferido de la Opción Estándar

Cargo del médico: \$250

Nuestra cantidad autorizada: La fijamos en: 100

Nosotros pagamos: el 85 % de nuestra cantidad autorizada: 85

Tú debes: Coseguro: 15 % de nuestra cantidad autorizada: 15

Tú debes: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGAS: \$15

Médico participante de la Opción Estándar

Cargo del médico: \$250

Nuestra cantidad autorizada: La fijamos en: 100

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra cantidad autorizada: 65

Tú debes: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 35

Tú debes: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGAS: \$35

Médico no participante de la Opción Estándar

Cargo del médico: \$250

Nuestra cantidad autorizada: La fijamos en: 100

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra cantidad autorizada: 65

Tú debes: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 35

Tú debes: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? Sí: 150

TOTAL QUE PAGAS: \$185

Nota: Si no alcanzaste ninguno de tus deducibles en la **Opción Estándar** mencionados en el ejemplo anterior, solo contará como parte de tu deducible nuestra cantidad autorizada (\$100), que pagarías en su totalidad.

También debes consultar la sección *Aviso importante sobre facturación sorpresa: conoce tus derechos* en la página 32 que describe tus protecciones contra la facturación sorpresa en virtud de la Ley de No sorpresas.

En el siguiente ejemplo, comparamos cuánto dinero debes pagar como desembolso directo por los servicios facturados por un centro de salud quirúrgico ambulatorio preferido, miembro y no miembro por la atención en centros de salud asociados con un procedimiento quirúrgico ambulatorio. La tabla utiliza un ejemplo de servicios para los que el centro de salud quirúrgico ambulatorio cobra \$5,000. La cantidad autorizada por el Plan es de \$2,900 cuando los servicios se prestan en un centro de salud preferido o miembro, y la cantidad autorizada por el Plan es de \$2,500 cuando los servicios se

prestan en un centro de salud no miembro.

EJEMPLO

Centro de salud quirúrgico ambulatorio preferido de la Opción Estándar

Cargo del centro de salud: \$5,000

Nuestra cantidad autorizada: La fijamos en: 2,900

Nosotros pagamos: el 85 % de nuestra cantidad autorizada: 2,465

Tú debes: Coseguro: 15 % de nuestra cantidad autorizada: 435

Tú debes: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGAS: \$435

Centro de salud quirúrgico ambulatorio miembro de la Opción Estándar

Cargo del centro de salud: \$5,000

Nuestra cantidad autorizada: La fijamos en: 2,900

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra cantidad autorizada: 1,885

Tú debes: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 1,015

Tú debes: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGAS: \$1,015

Centro de salud quirúrgico ambulatorio no miembro* de la Opción Estándar

Cargo del centro de salud: \$5,000

Nuestra cantidad autorizada: La fijamos en: 2,500

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra cantidad autorizada: 1,625

Tú debes: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 875

Tú debes: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? Sí: 2,500

TOTAL QUE PAGAS: \$3,375

Nota: si no has alcanzado ninguno de tus deducibles de la **Opción Estándar** mencionados en el ejemplo anterior, se aplicarán \$350 de tu cantidad permitida a tu deducible antes de calcular tu monto del coseguro.

***Un centro de salud no miembro puede facturarte cualquier cantidad por los servicios que preste. Eres responsable de pagar todos los gastos sobre su cantidad autorizada, independientemente del monto total facturado, además de tu deducible y coseguro por año calendario. Por ejemplo, si utilizas un centro de salud No miembro que cobra \$60,000 por la atención en el centro de salud relacionada con la cirugía bariátrica para pacientes ambulatorios, y nosotros pagamos la cantidad de \$1,625 que se ilustró anteriormente, tú deberías \$58,375 (\$60,000 - \$1,625 = \$58,375). Este ejemplo supone que no has alcanzado tu deducible por año calendario.**

Aviso importante sobre facturación sorpresa: conoce tus derechos

La Ley de No Sorpresas (No Surprises Act, NSA) es una ley federal que te brinda protecciones contra la “facturación sorpresa” y la “facturación de saldo” en determinadas circunstancias. Una factura sorpresa es una factura inesperada que recibes de un proveedor de atención médica, centro de salud o servicio de ambulancia aérea no participantes por atención médica. Las facturas sorpresa pueden ocurrir cuando recibes atención de emergencia, cuando tienes poca o ninguna opinión con respecto al centro de salud o al proveedor de quien recibes atención. También pueden suceder cuando recibiste servicios que no son de emergencia en centros de salud participantes, pero recibes cierta atención de proveedores no participantes.

La facturación del saldo ocurre cuando recibes una factura del proveedor, centro de salud o servicio de ambulancia aérea no participantes por la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y el monto pagadero por tu plan de salud.

Tu plan de salud debe cumplir con las protecciones de la NSA que te eximen de responsabilidad por facturas inesperadas.

Para obtener información específica sobre la facturación sorpresa, los derechos y protecciones que

tienes y tus responsabilidades, visita www.fepblue.org/NSA o comunícate con el número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Tus costos por otra atención

Atención en el extranjero. Los servicios prestados fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. se consideran atención en el extranjero. **En las Opciones Estándar y Básica,** pagamos los reclamos por servicios en el extranjero a los niveles de beneficios preferidos. Por lo tanto, el requisito de utilizar proveedores Preferidos para recibir los beneficios de la Opción Básica no se aplica. Consulta la Sección 5(i) para obtener información específica sobre nuestros beneficios en el extranjero.

Atención dental. **En la Opción Estándar,** nosotros pagamos los montos establecidos para servicios dentales de rutina y tú pagas el saldo según se describe en la Sección 5(g). **En la Opción Básica,** pagas \$30 por cualquier evaluación cubierta y nosotros pagamos el saldo por los servicios cubiertos. **Los miembros de la Opción Básica** deben utilizar un dentista **preferido** para recibir beneficios. Consulta la Sección 5(g) para obtener una lista de los servicios dentales cubiertos e información adicional acerca de pagos.

Atención en centros de salud para pacientes hospitalizados. **En las Opciones Estándar y Básica,** tú pagas el coseguro o el copago que figuran en la Sección 5(c). **En la Opción Estándar,** debes alcanzar tu deducible antes de que comencemos a proporcionar beneficios por ciertos servicios facturados por el hospital. **En la Opción Básica,** debes utilizar centros de salud **preferidos** para recibir beneficios. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

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

En las opciones Estándar y Básica, limitamos tus gastos de desembolso directo anuales por los servicios cubiertos que recibes para protegerte de los costos de atención médica imprevistos. Cuando tus gastos de desembolso directo elegibles alcanzan esta cantidad máxima de protección contra gastos catastróficos, ya no tienes 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.

Montos máximos de la Opción Estándar:

Monto máximo del proveedor preferido: para una cobertura del solicitante únicamente, su desembolso directo máximo para tu deducible y para el coseguro y el copago elegibles es de \$6,000 cuando utilizas proveedores preferidos. Para una cobertura para el solicitante y una persona o el solicitante y su familia, tu desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de \$12,000 por los servicios de proveedores preferidos. Solo los gastos elegibles para los servicios de proveedores preferidos y los costos compartidos asociados con la atención de proveedores no participantes en virtud de la NSA (consulta la página 32) cuentan para estos límites.

Monto máximo del proveedor no preferido: para una cobertura para el solicitante únicamente, tu desembolso directo máximo para tu deducible, y para el coseguro y el copago elegibles, es de \$8,000 cuando utilizas proveedores no preferidos. Para una cobertura para el solicitante y una persona o el solicitante y su familia, tu desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de \$16,000 por los servicios de proveedores no preferidos. Para cualquiera de las inscripciones, los gastos elegibles por los servicios de proveedores preferidos también cuentan como parte de estos límites.

Monto máximo de la Opción Básica:

Monto máximo del proveedor preferido: para una cobertura para el solicitante únicamente, tu desembolso directo máximo para el coseguro y el copago elegibles es de \$6,500 cuando utilizas proveedores preferidos. Para una inscripción de solicitante y una persona, tu desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de \$13,000 cuando usas 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 tu desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos, y debes continuar pagándolos aunque tus gastos excedan los límites que se indican más arriba.

- La diferencia entre la cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado. Consulta las páginas 29 y 30.
- Los gastos por servicios, medicamentos y suministros que excedan nuestras limitaciones máximas de beneficios.
- En la Opción Estándar, tu coseguro del 35 % por atención de pacientes hospitalizados en centros de salud no miembros.
- En la Opción Estándar, tu coseguro del 35 % por atención para pacientes ambulatorios en centros de salud no miembros.
- Tus gastos por servicios dentales que excedan nuestros pagos según la lista de cargos en la Opción Estándar Consulta la Sección 5(g).
- La multa de \$500 por no obtener certificación previa y cualquier otro monto que debas pagar debido a que reducimos los beneficios por tu incumplimiento de nuestros requisitos para el control de costos.
- En la Opción Básica, tus gastos por la atención recibida de profesionales proveedores participantes/no participantes o centros de salud miembros/no miembros, excepto los gastos de coseguro y copagos que debas pagar en las situaciones en las que nosotros pagamos la atención proporcionada por los proveedores no preferidos. Consulta la página 20 para conocer las excepciones al requisito de utilizar proveedores preferidos.

Si el medicamento con receta de tu proveedor permite la sustitución genérica y tú seleccionas un medicamento de marca, tus gastos por la diferencia en el costo compartido no se contemplan para tu desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos (consulta la página 103 para obtener más información).

Transferencia

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

- Si ya hubieras pagado el desembolso directo máximo, continuaremos proporcionándote los beneficios descritos en la página 32 y en esta página hasta la fecha de vigencia de tu nuevo plan.
- Si aún no hubieras pagado el desembolso directo máximo, aplicaremos cualquier gasto que realices en enero (antes de la fecha de vigencia de tu nuevo plan) a nuestro desembolso directo máximo del año anterior. Cuando hayas alcanzado el máximo, no tendrás que pagar nuestros deducibles, copagos ni coseguros (con excepción de lo que se indica en la página anterior) desde ese momento hasta la fecha de vigencia de tu 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 realices en enero.

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

Si te 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 y el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) están facultados para solicitarnos el reembolso de ciertos servicios y suministros provistos a ti o a los miembros de tu familia. No pueden solicitar montos mayores a los establecidos por las disposiciones legales que rigen su funcionamiento. Es posible que seas responsable del pago de ciertos servicios y cargos. Comunícate con el centro de salud del gobierno directamente para obtener más información.

Sección 5. Beneficios

Consulta la página 15 para conocer los cambios en nuestros beneficios para este año. En las páginas 163 a 166, encontrarás un resumen de beneficios de cada opción. Asegúrate de examinar los beneficios que se encuentran disponibles en la opción en la cual estás inscrito.

Sección 5. Descripción general de las Opciones Estándar y Básica.....	43
Sección 5(a). Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica.....	44
Servicios de diagnóstico y tratamiento.....	46
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico.....	48
Atención preventiva, para adultos.....	50
Atención preventiva, para niños.....	Error! Bookmark not defined.
Cuidados por maternidad.....	57
Planificación familiar.....	60
Servicios de reproducción.....	60
Atención de alergias.....	62
Terapias de tratamiento.....	63
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva.....	65
Servicios para la audición (pruebas, tratamiento y suministros).....	66
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros).....	Error! Bookmark not defined.
Cuidado de los pies.....	Error! Bookmark not defined.
Dispositivos protésicos y ortopédicos.....	69
DME, Equipo médico duradero.....	70
Suministros médicos.....	Error! Bookmark not defined.
Servicios de atención médica en el hogar.....	72
Tratamiento de manipulación.....	74
Tratamientos alternativos.....	74
Clases y programas educativos.....	75
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica.....	76
Procedimientos quirúrgicos.....	77
Cirugía reconstructiva.....	81
Cirugía bucal y maxilofacial.....	83
Trasplantes de órganos/tejidos.....	86
Anestesia.....	94
Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital u otro centro de salud, y servicios de ambulancia.....	95
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	96
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios.....	99
Atención especializada Blue Distinction®.....	104
Centro de tratamiento residencial.....	106
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada.....	107
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales).....	109
Ambulancia.....	113
Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes.....	115
Lesión producida en un accidente.....	116
Emergencia médica.....	118
Ambulancia.....	119
Sección 5(e). Beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.....	120
Servicios profesionales.....	121
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados.....	122
Centro de tratamiento residencial.....	Error! Bookmark not defined.

Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios.....	124
No cubierto (pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios).....	125
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos con receta médica.....	126
Medicamentos y suministros cubiertos	132
Sección 5(g). Beneficios dentales	150
Beneficio para lesiones producidas en un accidente.....	150
Beneficios dentales.....	151
Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales.....	154
Herramientas de salud.....	154
Servicios para personas sordas y con problemas de audición.....	154
Acceso a la web para personas con problemas de la vista.....	154
Beneficio para viajes/servicios en el extranjero.....	154
Healthy Families	154
Programa para el manejo de la diabetes.....	155
Evaluación de salud de Blue.....	155
Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes.....	156
Programa de Manejo de la Hipertensión.....	156
Programa de Incentivos de Atención del Embarazo.....	157
Limitación anual de incentivos.....	157
Cuenta de reembolso para miembros de la Opción Básica inscritos en la Parte A y B de Medicare.....	157
MyBlue® Customer eService.....	157
National Doctor & Hospital Finder.....	158
Programas de Administración de la Atención Médica.....	158
Opción de beneficios flexibles.....	158
Servicios de telesalud.....	159
La aplicación móvil de feblue.....	159
Sección 5(i). Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero.....	160
Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan.....	133

Sección 5. Descripción general de las Opciones Estándar y Básica

El paquete de beneficios de las Opciones Estándar y Básica se describe en la Sección 5, que se divide en las subsecciones 5(a) a 5(i). Asegúrate de examinar los beneficios que se encuentran disponibles en la opción en la cual estás inscrito.

Lee la *Información relevante que debes tener en cuenta* que figura al comienzo de las subsecciones. También lee 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 las Opciones Estándar y Básica, llámanos al número de teléfono del servicio de servicio al cliente que figura al reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de servicio o visita nuestro sitio web en www.fepblue.org. Cada opción brinda servicios únicos. Los miembros no necesitan ser derivados para poder realizar consultas con especialistas.

Opción Estándar

Si tienes la Opción Estándar, puedes utilizar tanto proveedores preferidos como no preferidos. Sin embargo, tus gastos de desembolso directo son menores cuando utilizas proveedores preferidos, quienes nos presentarán los reclamos en tu nombre. La Opción Estándar tiene un deducible por año calendario para algunos servicios y un copago de \$25 para visitas al consultorio de proveedores de atención primaria (\$35 para especialistas). La Opción Estándar también incluye un Programa de Farmacias Minoristas, un programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo y un programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.

Opción Básica

La Opción Básica no incluye un deducible por año calendario. La mayoría de los servicios están sujetos a copagos (\$30 para consultas con proveedores de atención primaria y \$40 para consultas con especialistas). Debes utilizar proveedores preferidos para obtener los beneficios de tu atención, excepto en determinadas circunstancias, como atención de emergencia. Los proveedores preferidos nos presentarán los reclamos en tu nombre. La Opción Básica también ofrece un Programa de Farmacias Minoristas y un programa de Farmacias de medicamentos de especialidad. Los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare tienen acceso al Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo.

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

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

- Recuerda 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.
- Consulta la Sección 3, *Cómo obtener atención*, para conocer los proveedores profesionales y otros profesionales de atención médica cubiertos.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 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. Observarás 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 tu atención médica. Consulta 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 de la PPO se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO. Cuando no hay ningún proveedor de la PPO disponible, se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO.
- Debes tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros de salud preferidos (PPO).
- Los beneficios por determinados medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en toda la vida por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtienen de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulta la página 114 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad del Nivel 4 y el Nivel 5 a través de proveedores preferidos y farmacias preferidas. Los medicamentos restringidos en virtud de este beneficio están disponibles en nuestra Lista de medicamentos especializados. Visita www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámanos al 888-346-3731. Los miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos y farmacias preferidas (consulta la página 104).
- 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. (Consulta las páginas 39 y 99).
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones del solicitante y una persona o el solicitante y su familia).
 - Ofrecemos beneficios al 85 % de la cantidad autorizada por el Plan para servicios prestados en centros de salud Preferidos por radiólogos, anestesistas, enfermeros anestesistas registrados certificados (CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio médico) No preferidos. Puedes ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulta la página 32, NSA, para obtener información sobre cuándo no eres responsable de esta diferencia.
- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulta a continuación y la página 20 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 (CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio del médico) no preferidos. Puedes ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulta la página 32, NSA, para obtener información sobre cuándo no eres responsable de esta diferencia.

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Nota: Para la Opción Estándar, establecemos si el deducible por año calendario se aplica o no a cada beneficio enumerado en esta sección. En la Opción Básica no hay deducible por año calendario.		
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios de médicos y otros profesionales de atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Asesoramiento genético • 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) (consulta la Sección 5(f) para conocer la cobertura de medicamentos con receta médica) • Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) <p>Nota: Consulta las páginas 40 a 42 para conocer nuestra cobertura de análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico facturadas por un profesional de atención médica, y la página 83 para conocer nuestra cobertura de dichos servicios cuando son facturados por un centro de salud, como el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible)</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$35 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Servicios de profesionales de telesalud para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones agudas menores (consulta la página 155 para ver la definición) • Atención dermatológica (consulta la página 159 para ver la definición) <p>Nota: Consulta la Sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre los servicios de telesalud y cómo acceder a un proveedor.</p> <p>Nota: Los beneficios combinados con servicios de telesalud se enumeran en la Sección 5(e), consulta la página 99.</p> <p>Nota: No se aplican copagos a los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: nada (sin deducible) para las primeras 2 visitas por año calendario para cualquier servicio de telesalud cubierto</p> <p>Copago de \$10 por visita (sin deducible) después de la 2.^a visita</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: nada para las primeras 2 visitas por año calendario para cualquier servicio de telesalud cubierto</p> <p>Copago de \$15 por visita después de la 2.^a visita</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de diagnóstico y tratamiento (continuación)</p> <p>Servicios profesionales para pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 al hospital cubierta como paciente hospitalizado • Atención médica provista por el médico a cargo del paciente (el médico que es el responsable principal de tu atención mientras estás 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. • 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 • Fisioterapia 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) (consulta la Sección 5(c) para conocer la cobertura de medicamentos que recibes mientras estás en el hospital). • Segunda opinión para cirugía • Orientación nutricional cuando sea facturada por un proveedor cubierto 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Consulta la página anterior</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de rutina, excepto los servicios de atención preventiva que se describen en las páginas 42 a 46</i> • <i>Costos asociados con la activación o el mantenimiento de las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores, telecomunicaciones no interactivas, como comunicaciones por correo electrónico o servicios de telesalud asíncronos de “almacenar y enviar”</i> • <i>Enfermería privada</i> • <i>Médicos de reserva</i> • <i>Consultas radiológicas de rutina y al personal requeridas por las normas y reglamentaciones del centro</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios de diagnóstico y tratamiento (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Atención médica para pacientes hospitalizados, cuando tu admisión al hospital o una parte de esta no esté cubierta (Consulta la Sección 5(c)). <p><i>Nota: Si determinamos que la admisión al hospital no está cubierta, no proporcionaremos beneficios de alojamiento y comida para pacientes hospitalizados ni la atención médica para pacientes hospitalizados. Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los servicios o suministros cubiertos, excepto los beneficios de alojamiento y comida, y atención médica para pacientes hospitalizados en el nivel que los hubiéramos pagado si estos servicios se hubieran proporcionado al paciente en otro ámbito.</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Pruebas de diagnóstico limitadas a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Análisis de laboratorio (como análisis de sangre y análisis de orina) Servicios de patología Electrocardiogramas <p><i>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</i></p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p><i>Nota: Si tu proveedor preferido utiliza un laboratorio o un radiólogo no preferidos, pagaremos los beneficios no preferidos por los cargos de cualquier laboratorio y radiografía.</i></p>	<p>Preferido: nada</p> <p><i>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</i></p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p><i>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</i></p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Pruebas de diagnóstico que incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control cardiovascular • Electroencefalogramas • Estudios del sueño en el hogar/sin supervisión • Pruebas neurológicas • Ultrasonidos • Radiografías (incluida la colocación del equipo portátil de radiografías) <p>Nota: consulta la Sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Si tu proveedor preferido utiliza un laboratorio o un radiólogo no preferidos, pagaremos los beneficios no preferidos por los cargos de cualquier laboratorio y radiografía.</p>	<p>Preferido: copago de \$40</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada además del copago Preferido que figura anteriormente.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico limitadas a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de densidad ósea • Resonancias magnéticas/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones • Angiografías • Medicina nuclear • Estudios del sueño basados en centros de salud (se requiere aprobación previa) • Pruebas genéticas <p>Nota: 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.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Si tu proveedor preferido utiliza un laboratorio o un radiólogo no preferidos, pagaremos los beneficios no preferidos por los cargos de cualquier laboratorio y radiografía.</p>	<p>Preferido: copago de \$100</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada además del copago Preferido que figura anteriormente.</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Debes obtener aprobación previa para las pruebas de BRCA (consulta la página 22). Pruebas de diagnóstico de BRCA, incluidas las pruebas de grandes reordenamientos genómicos en los genes BRCA 1 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 <i>atención preventiva</i> (consulta la página 44).</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
Atención preventiva, para adultos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva para adultos de 22 años en adelante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre la prevención y reducción de riesgos de salud • Orientación nutricional <p>Nota: cuando la orientación nutricional es a través de la red de proveedores de telesalud contratados, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para proveedores preferidos. Consulta la Sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas/exámenes de atención preventiva <p>Nota: Consulta la definición de “atención preventiva para adultos” en la página 158 para conocer los servicios de detección de la salud.</p> <p>Los beneficios de la atención preventiva por cada servicio que se enumera a continuación se limitan a uno por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración e interpretación de un cuestionario sobre Evaluación de Riesgos de Salud (Health Risk Assessment, HRA) (consulta la sección Definiciones). Nota: Como miembro del Plan de Beneficios de Servicio, tiene acceso al cuestionario sobre Evaluación de Riesgos de Salud (HRA) de Blue Cross and Blue Shield, conocida como “Evaluación de Salud de Blue”. Consulta la Sección 5(h) para obtener información más completa. • Panel de pruebas metabólicas básicas o completas • Hemograma completo 	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Nota: Si recibes servicios preventivos y de diagnóstico de tu proveedor preferido el mismo día, eres responsable de pagar tus costos compartidos por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: cuando te 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.</p> <p>Nota: Renunciamos a tu monto de deducible y de cos Seguro por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con vacunas contra la influenza (gripe).</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Nota: Si recibes servicios preventivos y de diagnóstico de tu proveedor preferido el mismo día, eres responsable de pagar tus costos compartidos por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando te factura un centro de salud preferido, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para proveedores preferidos.</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para visitas/exámenes de atención preventiva, pruebas de laboratorio asociadas,</p>

Atención preventiva, para adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de virus del papiloma humano (VPH) de cuello de útero - Pruebas de Papanicolau de cuello de útero • Pruebas de cáncer colorrectal, que incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Colonoscopia, con o sin biopsia (consulta la página 63 para informarse sobre nuestros niveles de pago para colonoscopías diagnósticas) - Análisis de ADN en muestras de heces - Enema de bario con doble contraste - Prueba de sangre oculta en la materia fecal - Sigmoidoscopia • Perfil de lipoproteínas en ayuno (colesterol total, LDL, HDL o triglicéridos) • Panel de salud general • Prueba de cáncer de próstata: prueba del antígeno específico de la próstata (Prostate Specific Antigen, PSA) • Pruebas de detección de infección por clamidia • Examen de detección de diabetes mellitus • Pruebas de detección de infección por gonorrea • Pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Mamografías de detección, incluidas mamografías que utilizan tecnología digital • Ultrasonido para detectar aneurisma aórtico abdominal para adultos de 65 a 75 años, limitado a una prueba de por vida • Análisis de orina <p>Los siguientes servicios preventivos están cubiertos en el intervalo de tiempo recomendado en cada uno de los enlaces siguientes, según lo adoptado el 31 de diciembre de 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones como vacunas antineumocócicas, contra la COVID-19, contra la gripe, contra el herpes zóster, contra el tétanos (DTaP) y contra el virus del papiloma humano (VPH). Para obtener una lista completa de las vacunas, visita el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) en https://www.cdc.gov/vaccines/schedules. 	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Si usas un proveedor No participante, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: muchas farmacias minoristas preferidas participan en nuestra red de vacunación. Consulta la página 111 para conocer nuestra cobertura para dichas vacunas cuando se suministran en farmacias de la red de vacunación.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>colonoscopías de detección o vacunas de rutina realizados en centros de salud miembros o no miembros.</p> <p>Nota: Consulta 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.</p> <p>Nota: Proporcionamos beneficios por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con las vacunas contra la influenza (gripe). Si usas un proveedor No participante, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: muchas farmacias minoristas preferidas participan en nuestra red de vacunación. Consulta la página 111 para conocer nuestra cobertura para dichas vacunas cuando se suministran en farmacias de la red de vacunación.</p>

Atención preventiva, para adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las pruebas de detección con una recomendación A y B del USPSTF como de cáncer, osteoporosis, depresión y presión arterial alta. Para obtener una lista completa de las pruebas de detección con una recomendación A y B cubiertas y las limitaciones de edad y frecuencia, visita el sitio web del Grupo de trabajo sobre servicios preventivos de los EE. UU. (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) en https://www.uspreventiveservicestaskforce.org. Atención para la mujer sana, como medicamentos profilácticos para prevenir la gonorrea y proteger a los recién nacidos, asesoramiento anual para infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y exámenes de detección de violencia interpersonal y doméstica. Para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva para mujeres sanas, visita el sitio web de Health and Human Services (HHS) en https://www.healthcare.gov/preventive-care-women/. Para crear tu lista personalizada de servicios preventivos, visita https://health.gov/myhealthfinder <p>Nota: Pagamos beneficios de atención preventiva en el primer reclamo que procesamos para cada una de las pruebas anteriores que recibes 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. Si recibes servicios preventivos y de diagnóstico de tu proveedor el mismo día, eres responsable de pagar tu costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Nota: Consulta la página 112 para conocer nuestros niveles de pago por medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.</p> <p>Nota: Consulta la página 113 para conocer nuestros niveles de pago para ciertos medicamentos para la preparación intestinal y medicamentos antirretrovirales para la prevención del VIH.</p> <p>Nota: A menos que se indique lo contrario, los beneficios enumerados anteriormente y en las páginas 42 a 43 no se aplican a hijos hasta los 22 años. (Consulta los beneficios en <i>Atención preventiva para niños</i>, de esta sección).</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>

Atención preventiva, para adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Detección de cáncer de mama o cáncer de ovario hereditarios</p> <p>Los beneficios están disponibles para los exámenes de detección para miembros de 18 años o más (incluidos los niños de 18 a 21 años) con un límite de una prueba de cada tipo de por vida, para evaluar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer de mama o cáncer de ovario hereditarios, relacionados con mutaciones en los genes BRCA 1 y BRCA 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación y evaluación genéticas para miembros cuyos antecedentes familiares estén asociados con un riesgo elevado de mutaciones dañinas en los genes BRCA 1 o BRCA 2. • Pruebas de BRCA para miembros cuyos antecedentes personales o familiares estén asociados con un riesgo elevado de mutaciones nocivas en los genes BRCA 1 o BRCA 2. <p>Nota: Debes 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 recibas 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.</p> <p>Consulta la página 22 para obtener información sobre la aprobación previa y la cobertura adicional de BRCA o llama al número de teléfono que aparece en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener información adicional sobre la póliza.</p> <p>Nota: Consulta la página 63 para conocer los beneficios disponibles para la extirpación quirúrgica de mamas, ovarios o cáncer de próstata cuando la prueba de detección revela una mutación de los genes BRCA: los beneficios de atención preventiva no están disponibles.</p> <p>Nota: Todo procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicio de radiografía realizado junto con un examen de rutina no incluido en la lista de servicios preventivos recomendados quedará sujeto a los copagos, coseguros y deducibles aplicables de los miembros.</p>	<p>Consulta la página 42.</p>	<p>Consulta la página 42.</p>

Atención preventiva, para adultos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas genéticas relacionadas con antecedentes familiares de cáncer u otras enfermedades, salvo como se describe en la página 44 <i>Nota: Consulta la página 41 para conocer nuestra cobertura de pruebas genéticas de diagnóstico médicamente necesarias.</i> • 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 • 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. • Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto según se indica en la página 42 para orientación nutricional. 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Atención preventiva, para niños	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva para niños de hasta 22 años. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas, exámenes y otros servicios preventivos para niños sanos adoptados antes del 31 de diciembre de 2020 y descritos en las Pautas de Bright Future proporcionadas por la Academia Americana de Pediatría. Para obtener una lista completa de las pautas de Bright Future de la Academia Americana de Pediatría, visita https://brightfutures.aap.org 	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p>

Atención preventiva, para niños (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención preventiva, para niños (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones como la vacuna DTaP, contra la poliomielitis, el sarampión, las paperas y la rubéola (measles, mumps, and rubella, MMR) y contra la varicela. Para obtener una lista completa de las vacunas, visita el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) en https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html. <p>Nota: La concesión de licencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. puede restringir el uso de las vacunas enumeradas anteriormente a rangos específicos de edad, frecuencia u otras indicaciones específicas sobre el paciente, incluido el sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para crear tu lista personalizada de servicios preventivos, visita https://health.gov/myhealthfinder <p>Nota: Los beneficios de la atención preventiva por cada servicio que se enumera a continuación se limitan a uno por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba 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 <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de Papanicolau de cuello de útero - Pruebas de virus del papiloma humano (VPH) de cuello de útero <p>Nota: Consulta la página 44 para conocer las pruebas de BRCA cubiertas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Pruebas de detección de infección por sífilis • Prueba de detección de infección por tuberculosis latente para miembros de 18 a 21 años • Orientación nutricional 	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: cuando te 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.</p> <p>Nota: No aplicamos el monto de deducible y de coseguro por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con vacunas contra la influenza (gripe). Si usas un proveedor No participante, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Proporcionamos beneficios por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con las vacunas contra la influenza (gripe). Si usas un proveedor No participante, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: cuando te 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.</p>

Atención preventiva, para niños (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención preventiva, para niños (continuación)</p> <p>Nota: Si tu hijo recibe servicios preventivos y de diagnóstico de un proveedor preferido el mismo día, eres responsable de pagar el costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Nota: cuando la orientación nutricional es a través de la red de proveedores de telesalud contratados, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para proveedores preferidos. Consulta la Sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud.</p> <p>Nota: 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.</p> <p>Nota: Consulta la página 112 para conocer nuestros niveles de pago por medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluaciones de riesgos de salud autoadministradas (diferentes de la Evaluación de Salud de Blue)</i> • <i>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</i> • <i>Exámenes físicos requeridos para obtener o continuar con el empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, hacer exámenes de atletismo o viajar</i> • <i>Vacunas, refuerzos y medicamentos para viajar o exposición relacionada con el trabajo Los beneficios médicos pueden estar disponibles para estos servicios.</i> • <i>Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto según se indica anteriormente para orientación nutricional.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Cuidados por maternidad	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención por maternidad (obstétrica), incluidas las afecciones relacionadas que dan lugar al parto o la interrupción espontánea del embarazo, como lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal (incluidos ultrasonidos, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico) Nota: Consulta la Sección 5(h) para conocer detalles sobre nuestro Programa de Incentivos de Atención del Embarazo. • Parto • Atención del postparto • Asistentes de cirujano/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 hospitalización cubierta o durante una permanencia en observación 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: Consulta la página 48 para conocer nuestra cobertura para kits sacaleches. • Tratamiento relacionado con la salud mental para la depresión postparto y la depresión durante el embarazo Nota: 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 postparto o ambas) cuando utiliza proveedores preferidos. Consulta la Sección 5(e) para conocer nuestra cobertura de visitas relacionadas con la salud mental a proveedores no preferidos y los beneficios por servicios de salud mental adicionales. <p>Nota: Consulta la página 42 para conocer nuestra cobertura de orientación nutricional.</p> <p>Nota: Los beneficios de visitas de atención de enfermería (especializada) domiciliaria relacionados con la atención por maternidad cubierta están sujetos a las limitaciones de visitas que se describen en la página 59.</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Nota: Para la atención en centros de salud relacionada con la maternidad, incluida la atención en centros de maternidad, renunciamos al copago por admisión y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza proveedores preferidos.</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos para el parto y cualquier otro procedimiento quirúrgico relacionado con la maternidad que vayan a ser proporcionados por un médico no participante cuando el cargo por dicha atención sea de \$5,000 o más. Llama al Plan Local al número de atención al cliente que se encuentra en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener información sobre tu cobertura y la cantidad autorizada por el Plan para los servicios.</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Nota: Para la atención en centros de salud preferidos relacionada con la maternidad, incluida la atención en centros de maternidad preferidos, tu responsabilidad para los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados se limita a \$175 por admisión. Para obtener información sobre los servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, consulta las notas de las páginas 82 a 85.</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, solo eres responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>

Atención por maternidad (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención por maternidad (continuación)</p> <p>Nota: 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. Consulta la página 112 para obtener más información. Consulta la Sección 5(f) para conocer la cobertura de otros medicamentos con receta médica.</p> <p>Nota: A continuación, se enumeran algunas sugerencias para tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesitas certificación previa para tu parto; consulta la página 26 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para ti o tu recién nacido. • Puedes 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 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 recién nacido que requiera servicios profesionales o tratamiento no rutinario, solo si cubrimos al 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). <p>Nota: Consulta la página 156 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 tu Plan Local.</p> <p>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. En estos casos, se aplican los beneficios médicos o quirúrgicos normales en lugar de los beneficios por maternidad.</p> <p>Nota: Consulta la página 63 para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>

Atención por maternidad (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención por maternidad (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Sacaleches, limitado a uno por año calendario para las mujeres miembro que están embarazadas o amamantando <p>Nota: las bolsas de almacenamiento de leche se incluirán con el sacaleches.</p> <p>Nota: los beneficios para el sacaleches y las bolsas de almacenamiento de leche solo están disponibles cuando los pides a través de nuestro proveedor de suministros visitando www.fepblue.org/maternity o llamando al 1-800-411-2583.</p>	Nada (sin deducible)	Nada
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 (consulta la página 41 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 en esta página Los suministros para lactancia distintos de los incluidos en el kit sacaleches que se describen en la página anterior, 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, excepto según se describe en la página 47 Atención por maternidad para los miembros no inscritos en el Plan de Beneficios de Servicio 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Planificación familiar	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Una variedad de servicios de planificación familiar voluntaria para mujeres, que se limita a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Planificación familiar (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Planificación familiar (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de planificación familiar para hombres limitados a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vasectomía <p>Nota: También ofrecemos beneficios de servicios profesionales asociados con los procedimientos de ligadura/oclusión/obstrucción de trompas, la vasectomía y la prueba, la inserción, la implantación o el retiro de los anticonceptivos enumerados anteriormente a los niveles de pago que aquí se indican.</p> <p>Nota: cuando te 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.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales y transdérmicos <p>Nota: No aplicaremos tu costo compartido para los anticonceptivos genéricos orales y transdérmicos cuando los compres en una farmacia minorista preferida y para la Opción Estándar para miembros con la cobertura primaria de la Parte B de Medicare, a través del programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. Consulta la página 110 para obtener más información.</p> <p>Nota: cuando te 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.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria</i> • <i>Dispositivos anticonceptivos no descritos anteriormente</i> • <i>Anticonceptivos de venta libre (Over-the-counter, OTC), excepto según lo descrito en la Sección 5 (f)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Servicios de reproducción	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Diagnóstico y tratamiento de infertilidad, incluidos los siguientes elementos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico y tratamiento • Análisis de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Procedimientos quirúrgicos • Medicamentos con receta médica <p>Nota: consulta la Sección 5(a) para conocer los análisis de laboratorio, las pruebas de diagnóstico y las radiografías con cobertura.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p>

Servicios de reproducción (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios de reproducción (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Consulta la Sección 5(b) para conocer los servicios quirúrgicos cubiertos.</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(f) para conocer los medicamentos con receta médica cubiertos.</p> <p>Nota: Consulta a continuación para obtener una lista de los servicios que no están cubiertos como tratamiento para la infertilidad o como alternativas para la concepción convencional.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Los servicios que se enumeran a continuación no están cubiertos como tratamiento para la infertilidad o como alternativas para la anticoncepción convencional:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Procedimientos de tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, ART) e inseminación asistida, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Inseminación artificial (Artificial Insemination, AI)</i> - <i>Fertilización in vitro (in vitro fertilization, IVF)</i> - <i>Transferencia embrionaria y transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT) y la transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT)</i> - <i>Inseminación intravaginal (intravaginal insemination, IVI)</i> - <i>Inseminación intracervical (intracervical insemination, ICI)</i> - <i>Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (intracytoplasmic sperm injection, ICSI)</i> - <i>Inseminación intrauterina (Intrauterine Insemination, IUI)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Servicios de reproducción (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de reproducción (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, espermias o embriones • Medicamentos utilizados junto con procedimientos de ART e inseminación asistida • Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a individuos no inscritos en este Plan 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Atención de alergias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de alergia • Tratamiento de la alergia • Medicamentos sublinguales de desensibilización de alergia como los autorizados por la FDA de los EE. UU. <p>Nota: consulta la página 39 para conocer el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: Copago de \$30</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40</p> <p>Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones para las alergias <p>Nota: consulta la página 39 para conocer el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Atención de alergias (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
<p>Atención de alergias (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparación de cada vial de múltiples dosis de antígeno <p>Nota: consulta la página 39 para conocer el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Opción Estándar</p> <p>continúa desde la página anterior:</p> <p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Opción Básica</p> <p>continúa desde la página anterior:</p> <p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$30 por vial de múltiples dosis de antígeno</p> <p>Especialista preferido: copago de \$40 por vial de múltiples dosis de antígeno</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos Participantes y No participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>
<p><i>No están cubiertos: pruebas de provocación de alimentos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Terapias de tratamiento</p> <p>Terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia y terapia de radiación <p>Nota: Cubrimos terapia de radiación o quimioterapia de alta dosis en relación con trasplantes de médula ósea y medicinas o medicamentos para estimular o movilizar las células madre para los procedimientos de trasplante, únicamente para aquellas afecciones mencionadas como cubiertas bajo el título <i>Trasplantes de órganos/tejidos</i> en la Sección 5(b). Además, puedes consultar <i>Otros servicios</i> en <i>Necesitas aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la Sección 3 (páginas 21 a 24).</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia de radiación de intensidad modulada (IMRT) <p>Nota: debes obtener aprobación previa para recibir IMRT relacionada con tipos de cáncer que no sean cáncer de cabeza, cuello, mama, próstata o anal. Consulta la página 22 para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal Terapia intravenosa (IV)/terapia de infusión: terapia IV o de infusión a domicilio <p>Nota: Las visitas de atención de enfermería a domicilio asociadas con terapia IV/de infusión a domicilio están cubiertas según se describe en</p>	<p>Opción Estándar</p> <p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Opción Básica</p> <p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Terapias de tratamiento (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Terapias de tratamiento (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Servicios de atención médica a domicilio</i> en la página 59.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios Terapia de rehabilitación pulmonar Análisis conductuales aplicados (ABA) para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulta los requisitos de aprobación previa en la página 22) <p>Nota: Consulta 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.</p> <p>Nota: Consulta la página 60 para conocer nuestra cobertura de tratamientos de manipulación osteopáticos y quiroprácticos.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos para infusión para enfermedades autoinmunitarias: Remicade, Renflexis e Inflectra <p>Nota: Consulta arriba si quieres conocer tus costos para terapia IV/de infusión a domicilio.</p>	<p>Preferido: 10 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Terapias de tratamiento para pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia y terapia de radiación <p>Nota: Cubrimos terapia de radiación o quimioterapia de alta dosis en relación con trasplantes de médula ósea y medicinas o medicamentos para estimular o movilizar las células madre para los procedimientos de trasplante, únicamente para aquellas afecciones mencionadas como cubiertas bajo el título <i>Trasplantes de órganos/tejidos</i> en la Sección 5(b). Además, puedes consultar <i>Otros servicios</i> en <i>Necesitas aprobación</i> previa del Plan para ciertos servicios en la Sección 3 (páginas 21 a 24).</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulta 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 (consulta los requisitos de aprobación previa en la página 22) 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia de rehabilitación cognitiva <p>Nota: Cuando te factura un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería, centro de salud para atención prolongada o un centro de tratamiento residencial, pagamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para atención profesional, según el estado contractual del centro de salud.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible)</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$35 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Los beneficios se limitan a 75 visitas por persona, por año calendario para terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres.</p> <p>Nota: Las visitas que pagas mientras alcanzas tu deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.</p> <p>Nota: Cuando te factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo estipulado en la página 53, y según el estado contractual del centro de salud.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Nota: Los beneficios se limitan a 50 visitas por persona, por año calendario para terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres. Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Nota: Consulta 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.</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva (continuación)</p> <p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital durante una estadía cubierta como paciente hospitalizado</i> • <i>Terapia de rehabilitación para mantenimiento o paliativa</i> • <i>Programas de ejercicio</i> • <i>Equinoterapia e hipoterapia (ejercicio a caballo)</i> • <i>Masoterapia</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Servicios para la audición (pruebas, tratamiento y suministros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición relacionadas con una enfermedad o lesión • Pruebas y exámenes para recetar audífonos <p>Nota: Para conocer nuestra cobertura de audífonos y servicios relacionados, consulta la página 57.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pruebas de audición de rutina (excepto según lo indicado en la página 45)</i> • <i>Audífonos (excepto lo descrito en la página 57)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los beneficios se limitan a un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto recetados por incidente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Nota: Se proporcionan beneficios para refracciones solo cuando la refracción se realiza para determinar la receta para un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto suministrados por incidente como se describe anteriormente y en la página 54.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan Participante/no participante: tú pagas todos los cargos Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista relacionados con una afección médica específica. • Tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. <p>Nota: Consulta la explicación anterior y la página 54 para conocer nuestra cobertura de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto cuando se recetan como tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo.</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(b), Procedimientos quirúrgicos, para conocer la cobertura para el tratamiento quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 40 a 42 en esta sección para conocer nuestros niveles de pago para análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico realizadas o indicadas por tu proveedor. Los beneficios no están disponibles para refracciones, excepto según lo descrito anteriormente.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$25 (sin deducible) Especialista Preferido: copago de \$35 (sin deducible) Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita Especialista Preferido: copago de \$40 por visita Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”). Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anteojos, lentes de contacto, exámenes de rutina de la vista o pruebas de la vista para recetar o probar anteojos o lentes de contacto, con excepción de lo descrito anteriormente y en la página 54</i> • <i>Marcos de lujo para anteojos o accesorios de lentes de contacto, como un recubrimiento especial, polarización, tratamiento contra rayos UV, etc.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cuidado de los pies	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención de rutina de los pies cuando estás en tratamiento activo por una metabopatía o insuficiencia venosa periférica, como la diabetes</p> <p>Nota: Consulta <i>Dispositivos protésicos y ortopédicos</i> para obtener información sobre plantillas para calzado podiátrico.</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(b) para conocer nuestra cobertura para procedimientos quirúrgicos.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$25 por la visita al consultorio (sin deducible); 15% de la cantidad autorizada por el Plan para todos los otros servicios (se aplica el deducible)</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$35 por la visita al consultorio (sin deducible); 15% de la cantidad autorizada por el Plan para todos los otros servicios (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35% de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35% de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>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</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos</p> <p>Elementos ortopédicos y prótesis, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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.</p> <p>Proporcionamos beneficios hospitalarios para dispositivos protésicos internos, como prótesis articulares, marcapasos, implantes cocleares e implantes de mamas colocados quirúrgicamente tras una mastectomía; consulta la Sección 5(c) para obtener información sobre pagos. El implante de un dispositivo se paga como cirugía; consulta la Sección 5(b).</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos para niños hasta los 22 años, con un límite de \$2,500 por año calendario • Audífonos para adultos de 22 años y mayores, con un límite de \$2,500 cada 5 años calendario <p>Nota: Los beneficios de los cargos de despacho de audífonos, las reparaciones, las pilas y los servicios de reparación se incluyen en el límite de beneficios que se describió anteriormente.</p>	<p>Cualquier monto superior a \$2,500 (sin deducible)</p>	<p>Cualquier monto superior a \$2,500</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos implantados en el hueso cuando sean médicamente necesarios, con un límite de \$5,000 por año calendario 	<p>Cualquier monto superior a \$5,000 (sin deducible)</p>	<p>Cualquier monto superior a \$5,000</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pelucas para la caída del cabello causada por el tratamiento del cáncer <p>Nota: Los beneficios para las pelucas se pagan al 100 % del monto facturado, con un límite de \$350 por una peluca de por vida.</p>	<p>Cualquier monto superior a \$350 por una peluca de por vida (sin deducible)</p>	<p>Cualquier monto superior a \$350 por una peluca de por vida</p>

Dispositivos protésicos y ortopédicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Dispositivos protésicos y ortopédicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Calzado (incluye zapatos para diabéticos) • Ortesis de venta libre • Soportes para arco • Almohadillas para talón y taloneras • Pelucas (incluidas prótesis craneales), excepto la prótesis de cuero cabelludo para la caída del cabello causada por el tratamiento del cáncer, como se especificó anteriormente • Audífonos de venta libre, accesorios, suministros o dispositivos de mejora de la audición (que incluyen controles remotos y paquetes de garantía) 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
DME, Equipo médico duradero	Opción Estándar	Opción Básica
<p>El DME, equipo médico duradero, son equipos y suministros con las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fueron indicados por el médico a cargo de tu atención (es decir, el médico que te está tratando por tu 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. <p>Cubrimos el alquiler o la compra, a nuestra opción, incluida la reparación y el ajuste, del DME, equipo médico duradero. En estos beneficios, cubrimos además lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos para diálisis en el hogar • Equipos de oxígeno • Camas de hospital • Sillas de ruedas • Muletas • Andadores • Aparatos de movimiento pasivo continuo (continuous passive motion, CPM) • Aparatos de craneoplastia ortótica dinámica (dynamic orthotic cranioplasty, DOC) 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de DME proporcionada y facturada por un centro de salud.</p> <p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de DME proporcionada y facturada por un centro de salud.</p> <p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
DME, Equipo médico duradero (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Bombas de insulina Otros equipos que clasifiquemos como DME, como, por ejemplo, medias de compresión <p>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.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de DME proporcionada y facturada por un centro de salud.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de DME proporcionada y facturada por un centro de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos de generación del habla, con un límite de \$1,250 por año calendario 	<p>Cualquier monto superior a \$1,250 por año (sin deducible)</p>	<p>Cualquier monto superior a \$1,250 por año</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 48 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) Cargos asociados con garantías independientes o extendidas 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Suministros médicos	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas <p>Nota: Consulta la Sección 10, <i>Definiciones</i>, para obtener más información sobre alimentos medicinales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros para estomas y catéteres Oxígeno <p>Nota: cuando te 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre y plasma sanguíneo, excepto cuando sean donados o por reemplazo, y dilatadores del plasma sanguíneo <p>Nota: cubrimos suministros médicos de acuerdo con los niveles de beneficios preferidos únicamente cuando utilizas un proveedor de suministros médicos preferido. Los médicos, los centros de salud y las farmacias preferidos no necesariamente son proveedores de suministros médicos preferidos.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Fórmulas para bebés utilizadas como un sustituto de la leche materna</i> <i>Suministros para la diabetes, excepto según lo descrito en la Sección 5 (f) o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario</i> <i>Alimentos medicinales administrados oralmente, excepto según lo descrito en la Sección 5 (f)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Servicios de atención médica en el hogar	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención de enfermería (especializada) a domicilio durante dos horas por día cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un enfermero registrado (Registered Nurse, RN) o auxiliar de enfermería con licencia (Licensed Practical Nurse, LPN) provee los servicios. 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención.</p>

Servicios de atención médica a domicilio (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios de atención médica en el hogar (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> La atención es indicada por un médico. 	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Los beneficios para la atención de enfermería domiciliaria están limitados a 50 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Nota: Las visitas que pagas mientras alcanzas tu deducible por año calendario cuentan como parte del límite de visitas anuales.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>(Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Nota: Los beneficios para la atención de enfermería domiciliaria están limitados a 25 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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, excepto según lo incluido en los beneficios descritos en las páginas 88 a 89. Enfermería privada 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Tratamiento de manipulación	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Tratamiento de manipulación realizado por un proveedor profesional, cuando el proveedor está trabajando dentro del alcance de su licencia, con las siguientes limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de manipulación osteopático para cualquier zona del cuerpo • Tratamiento de manipulación de la columna vertebral o extraespinal quiropráctico <p>Nota: Los beneficios por tratamiento de manipulación se limitan a los servicios y las visitas de tratamiento combinado que aquí se especifican.</p> <p>Nota: cuando te 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.</p>	<p>Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Los beneficios por tratamiento de manipulación osteopático y quiropráctico se limitan a un total combinado de 12 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Nota: Las visitas de manipulación que pagas mientras alcanzas tu deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.</p>	<p>Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Nota: Los beneficios por tratamiento de manipulación osteopático y quiropráctico se limitan a un total combinado de 20 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
Tratamientos alternativos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Acupuntura</p> <p>Nota: La acupuntura debe ser 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. Consulta la página 17 para obtener más información.</p> <p>Nota: Cuando recibes una factura de un centro de salud, como el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, tienes un límite de cantidad de visitas por año calendario que aparece en esta página. Consulta la Sección 5(c) para conocer tu costo compartido.</p> <p>Nota: Consulta la página 77 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para cirugías cubiertas.</p> <p>Nota: Consulta la página 47 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para atención por maternidad cubierta.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Los beneficios por acupuntura se limitan a 24 visitas por año calendario.</p> <p>Nota: Las visitas que pagas mientras alcanzas tu deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Los beneficios por acupuntura se limitan a 10 visitas por año calendario.</p> <p>Nota: Tú pagas el 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para medicamentos y suministros.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Tratamientos alternativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Tratamientos alternativos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Biorregulación • Servicios de autoayuda o cursos de superación personal 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Clases y programas educativos	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para dejar de fumar y consumir tabaco <ul style="list-style-type: none"> - Orientación para dejar de fumar y consumir tabaco - Clases para dejar de fumar y usar tabaco <p>Nota: consulta la Sección 5(f) para conocer nuestra cobertura de medicamentos para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre diabetes <p>Nota: Consulta las páginas 40, 42 y 46 para conocer nuestra cobertura de servicios de orientación nutricional que no forman parte de un programa de educación sobre diabetes.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 el síndrome premenstrual (premenstrual syndrome, PMS), lactancia (excepto según lo descrito en la página 47), dolores de cabeza, trastornos alimenticios (excepto según lo descrito en las páginas 40 y 42) y otras clases educativas • Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital durante 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 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

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

- Recuerda 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.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 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. Observarás 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 tu atención quirúrgica. Consulta la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con un centro de salud (es decir, hospital, centro de cirugía, etc.).
- **DEBES OBTENER APROBACIÓN PREVIA para los siguientes servicios quirúrgicos: cirugía para obesidad mórbida; corrección quirúrgica de anomalías congénitas y cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente (consulta la sección *Definiciones* en la página 152) en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, excepto cuando la atención se brinda dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. Consulta la página 22 para obtener más información.**
- **DEBES OBTENER APROBACIÓN PREVIA para todos los procedimientos quirúrgicos de trasplante de órganos (excepto trasplantes de córnea); y si tu procedimiento quirúrgico requiere hospitalización, DEBES OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA. Consulta la información sobre aprobación y certificación previas que figura en la Sección 3 para cerciorarte de cuáles son los servicios que necesitan aprobación o certificación previas.**
- **DEBES OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación de género. Antes de cualquier cirugía de reasignación de género, tu 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 tu proveedor más tarde modifica el plan (lo que incluye cambios en los procedimientos que se realizarán o las fechas previstas de los procedimientos). Consulta las páginas 22 y 66 para obtener más información. Si tu procedimiento quirúrgico requiere un ingreso hospitalario, TAMBIÉN DEBES OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA de la atención de pacientes hospitalizados.**
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO. Cuando no hay ningún proveedor de la PPO disponible, se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO.
- Los beneficios por determinados medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en toda la vida por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtienen de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulta la página 114 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad del Nivel 4 y el Nivel 5 a través de proveedores preferidos y farmacias preferidas. Los medicamentos restringidos en virtud de este beneficio están disponibles en nuestra Lista de medicamentos especializados. Visita www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámanos al 888-346-3731. Los miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos y farmacias preferidas (consulta la página 104).
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones del solicitante y una persona o el solicitante y su familia).
 - Ofrecemos beneficios al 85 % de la cantidad autorizada por el Plan para servicios prestados en centros de salud Preferidos por radiólogos, anestesiastas, enfermeros anestesiastas registrados certificados

(CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio médico) No preferidos. Puedes ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulta la página 32, NSA, para obtener información sobre cuándo no eres responsable de esta diferencia.

- Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para cirugías que vayan a realizar médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de **\$5,000 o más**. Consulta la página 24 para obtener más información.

• **En la Opción Básica:**

- **No hay deducible por año calendario.**
- **Debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulta a continuación y la página 20 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 (CRNA), patólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio del médico) no preferidos. Puedes ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulta la página 32, NSA, para obtener información sobre cuándo no eres responsable de esta diferencia.

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Nota: Para la Opción Estándar, establecemos si el deducible por año calendario se aplica o no a cada beneficio enumerado en esta sección. En la Opción Básica no hay deducible por año calendario.		
Procedimientos quirúrgicos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Una amplia variedad de servicios, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones quirúrgicas • Asistentes de cirujano/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 • Colonoscopia, con o sin biopsia <p>Nota: se aplican beneficios de atención preventiva a los cargos profesionales para tu primera colonoscopia cubierta del año calendario (consulta la página 42). Proporcionamos beneficios como se describe aquí por procedimientos de colonoscopia subsiguientes realizados por un proveedor profesional en el mismo año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos endoscópicos • Inyecciones • Procedimientos de biopsias • Extracción de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (consulta <i>Cirugía reconstructiva</i> en la página 66) • Tratamiento de quemaduras • Circuncisión masculina 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para cirugías que vayan a realizar médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de \$5,000 o más. Consulta la página 24 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p>

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Colocación de dispositivos protésicos internos Consulta la Sección 5(a), <i>Dispositivos protésicos y ortopédicos</i>, y la Sección 5(c), <i>Otros servicios y suministros de hospital</i>, para conocer nuestra cobertura del dispositivo.</p>	<p>Consulta la página 63</p>	<p>Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”). Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p>- Procedimientos para tratar la obesidad mórbida, una afección en la que una persona tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más, o una persona con un IMC de 35 o más con una o más morbilidades asociadas. Los miembros elegibles deben tener 18 años o más. Los beneficios están disponibles solo para los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento en Y de Roux - Bypass gástrico - Banda gástrica ajustable por vía laparoscópica - Gastrectomía en manga - Bypass biliopancreático con interrupción duodenal <p>Nota: Los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida están sujetos a los requisitos enumerados en las páginas 64 a 65.</p> <p>Nota: Para ciertos procedimientos quirúrgicos, tus costos de desembolso directo para los servicios en centros de salud se reducen si utilizas un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center. Consulta las páginas 86 y 87 para obtener información.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa para la cirugía para obesidad mórbida. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulta la página 22.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Diagnóstico de obesidad mórbida (según la definición anterior) 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. 	<p>Consulta la página 63</p>	<p>Consulta la página 63</p>

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>(Nota: los beneficios no están disponibles para programas comerciales para perder peso; consulta las páginas 42 y 46 para conocer nuestra cobertura de servicios de orientación nutricional).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de salud mental autorizado (consulta la página 99 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. 	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios por cirugía futura para obesidad mórbida, realizada como paciente hospitalizado o ambulatorio, están sujetos a los siguientes requisitos prequirúrgicos adicionales: <ul style="list-style-type: none"> - 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 que garantice que se cumple con todos los requisitos prequirúrgicos. 	Consulta la página 63	Consulta la página 63

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: 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.</p> <p>Nota: No pagamos adicionales por procedimientos “imprevistos” (aquellos que no añaden tiempo ni complejidad a la atención al paciente).</p> <p>Nota: 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.</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de esterilización voluntaria</i> • <i>Servicios de un médico de reserva</i> • <i>Tratamiento quirúrgico de rutina para afecciones del pie (consulta la Sección 5 (a), Cuidado de los pies)</i> • <i>Cirugía estética</i> • <i>LASIK, INTACS, queratotomía radial y otras cirugías de refracción</i> • <i>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)</i> • <i>Reversión de cirugía de reasignación de género</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Cirugía reconstructiva	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una anomalía congénita (consulta la Sección 10, página 152, para ver la definición) • Tratamiento para restaurar la boca al estado previo al cáncer • Todas las etapas de cirugía reconstructiva del seno luego de una mastectomía, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía para lograr un aspecto simétrico de los senos de la paciente - Tratamiento de cualquier complicación física, como edemas linfáticos 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos.</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Cirugía reconstructiva (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: las prótesis mamarias internas se pagan como dispositivos protésicos y ortopédicos; consulta la Sección 5(a). Consulta la Sección 5(c) cuando lo facture un centro de salud.</p> <p>Nota: Si necesitas una mastectomía, puedes optar por el procedimiento realizado como paciente hospitalizado y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de colocación de prótesis penélicas para tratar la disfunción eréctil 	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para cirugías que vayan a realizar médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de \$5,000 o más. Consulta la página 24 para obtener más información.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios de la cirugía de reasignación de género se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Para la cirugía de paso de mujer a hombre: mastectomía (incluida la reconstrucción del pezón), histerectomía, vaginectomía, salpingoovariectomía, metoidioplastía, falooplastía, 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) <p>Nota: Se necesita aprobación previa para la cirugía de reasignación de género. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulta la página 22.</p> <p>Nota: 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.</p>	<p>Ver arriba</p>	<p>Ver arriba</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Cirugía reconstructiva (continuación)</p> <p>Los beneficios no están disponibles para la cirugía de reasignación de género por cualquier afección distinta de la disforia de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 (no se requiere para la mastectomía) • Debe presentar dos cartas de referencia 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 (se requiere una carta de referencia para la mastectomía) • Si hay preocupaciones de salud médica o mental, están siendo abordadas de forma óptima y están razonablemente bien controladas 	<p>Consulta la página 66</p>	<p>Consulta la página 66</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Cirugía reconstructiva (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>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 producida en un accidente, una enfermedad o una cirugía (no se incluyen las anomalías relacionadas con los dientes ni las estructuras que sostienen los dientes)</i> • <i>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)</i> • <i>Reversión de cirugía de reasignación de género</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cirugía bucal y maxilofacial	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Procedimientos de cirugía bucal, limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (consulta la sección <i>Definiciones</i>) en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca Nota: Se necesita aprobación previa para la cirugía bucal/maxilofacial necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente como se describe anteriormente, excepto cuando la atención se proporciona dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. Consulta la página 22 para obtener más información. • 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 <p>Nota: Los dentistas y los cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida para atención dental de rutina no son necesariamente proveedores preferidos para otros servicios cubiertos por este Plan según otras disposiciones de beneficios (como el beneficio quirúrgico para la cirugía bucal y maxilofacial). Llámanos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de tu tarjeta de identificación para verificar que tu proveedor es Preferido para el tipo de atención (p. ej., atención dental de rutina o cirugía bucal) que tienes programado recibir.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para cirugías que vayan a realizar médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de \$5,000 o más. Consulta la página 24 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p>

Cirugía bucal y maxilofacial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Cirugía bucal y maxilofacial (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
	Consulta la página anterior	Continúa desde la página anterior: Nota: Tú pagas un 30% de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”). Participante/no participante: tú pagas todos los cargos
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantes y trasplantes bucales, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba y en la página 68 Sección 5(g)</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que incluyen los dientes o las estructuras que los sostienen (como la membrana periodontal, las encías y el hueso alveolar), excepto aquellos necesarios para tratar lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente en la página 68 y en la Sección 5(g)</i> • <i>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 producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba en la página 68 y en la Sección 5(g)</i> • <i>Ortodoncia antes o después de una cirugía, o durante esta, excepto la ortodoncia asociada con la cirugía para corregir lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba y en la página 68 Sección 5(g).</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Trasplantes de órganos/tejidos

Requisitos de aprobación previa:

Debes obtener la aprobación previa (consulta la página 23) del Plan Local, tanto para el procedimiento como para el centro de salud, en caso de los siguientes procedimientos de trasplante: No se requiere aprobación previa para los trasplantes del tejido de la córnea.

- Procedimientos de trasplante de células madre de la sangre o la médula ósea (Nota: las páginas 73 y 74 tienen **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 corazón

- Implantación de un corazón artificial como puente para un trasplante o una terapia de destino
- Trasplante de pulmón y corazón
- Trasplantes de intestino (intestino delgado con o sin otros órganos)
- De riñón
- Trasplante de hígado
- Trasplante de pulmón (simple, doble o de un lóbulo)
- Trasplante de páncreas

Nota: Consulta las páginas 21 y 22 para obtener información sobre la certificación previa para la atención de pacientes hospitalizados.

Los trasplantes de órganos cubiertos se enumeran en las páginas 70 y 71. 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.

Los trasplantes de órganos 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. Comunícate con tu 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 puedes utilizar cualquier centro de salud cubierto que realice el procedimiento. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órgano previsto, pero tu centro de salud no está aprobado por Medicare para el procedimiento, comunícate con su Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea están cubiertos según lo descrito en las páginas 71 a 75. 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 71 a 75, el límite de la necesidad médica se considera satisfecho si el paciente cumple con la descripción de los estadios.

Los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea que se indican en las páginas 71 a 73 deben realizarse en un centro de salud con un programa de trasplante acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT) o en un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center for Transplants o un Centro de Investigación del Cáncer. Los **procedimientos de trasplante que se indican en la página 74** se deben realizar en un centro de salud acreditado por la FACT. Consulta la página 19 para obtener más información sobre estos tipos de centros de salud.

No todos los centros de salud 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 brindan beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto, a menos que el centro de salud esté específicamente designado o acreditado para realizar ese procedimiento. Antes de programar un trasplante, comunícate con tu Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener ayuda para localizar un centro de salud elegible y solicitar aprobación previa para los servicios de trasplante.

Nota: La cobertura para los procedimientos de trasplante descritos en las páginas 71 y 72 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. Consulta las páginas 73 y 74 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.

Nota: Consulta las páginas 144 y 145 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con ensayos clínicos.

Nota: Brindamos beneficios mejorados para servicios de trasplante cubiertos realizados en centros Blue Distinction Centers for Transplants (consulta la página 76 para más información).

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes de tejidos de la córnea • Trasplante de corazón • Trasplante de pulmón y corazón • Trasplante de riñón • Trasplante de hígado • Trasplante de páncreas • Trasplante combinado de hígado y riñón • Trasplante combinado de páncreas y riñón • Autotrasplante de células de is lote pancreático (como un complemento de una pancreatectomía total o parcial) solo para pacientes con pancreatitis crónica • 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 pulmón simple, doble o de un lóbulo • Para miembros con fibrosis quística terminal, los beneficios de trasplante de pulmón se limitan a trasplantes de ambos pulmones • Implantación de un corazón artificial como puente para un trasplante o una terapia de destino <p>Nota: Consulta las páginas 69 y 70 para la aprobación previa y los requisitos del centro de salud que se aplican a los trasplantes de órganos/tejidos.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Puedes solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para trasplantes de córnea que vayan a realizar médicos No participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de \$5,000 o más.</p> <p>Consulta la página 24 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico.</p> <p>No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Alotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para el diagnóstico tal como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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, linfocitosis hemo fagocítica, síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X, síndrome de Kostmann, deficiencias de adhesión leucocitaria) 	<p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Participante/no participante: Tú pagas todos los cargos.</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Consulta las páginas 69 y 70 para la aprobación previa y los requisitos del centro de salud que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 73 a 75 para obtener información sobre los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<p>Autotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para el diagnóstico tal como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, gammopatía monoclonal y cambios en la piel [Polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal gammopathy, and skin changes, POEMS]) • Esclerodermia <p>Nota: Consulta las páginas 69 y 70 para la aprobación previa y los requisitos del centro de salud que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 73 a 75 para obtener información sobre los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para los diagnósticos tal como se indican a continuación, únicamente cuando se realizan como parte de un ensayo clínico que cumple con los criterios del centro de salud descritos en la página 69 y los requisitos enumerados en la página 74:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> - 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 autólogos de células madre de la sangre o la médula ósea para: <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Nota: 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 la página 74, haremos los arreglos para que el trasplante se realice en un centro de trasplantes aprobado, si está disponible.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para los diagnósticos tal como se indican a continuación, únicamente cuando se realicen en un centro de salud acreditado por una FACT (consulta la página 19) como parte de un ensayo clínico que cumpla con los requisitos que figuran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad autoinmune (limitada a esclerosis múltiple, esclerodermia, lupus eritematoso diseminado y polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica) • Trasplantes autólogos de células madre de la sangre o la médula ósea para: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad autoinmune (limitada a esclerosis múltiple, lupus eritematoso diseminado y polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica) <p>Requisitos para el trasplante de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debes comunicarte con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener aprobación previa (consulta la página 23); y • El paciente debe estar correcta y legalmente registrado en el ensayo clínico, de manera que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad del ensayo; y <ul style="list-style-type: none"> - El trasplante debe estar revisado y aprobado por el centro de trasplantes donde se realizará el procedimiento; y - En el caso de los procedimientos de trasplante enumerados en la página 73, el ensayo clínico debe estar revisado y aprobado por la IRB del centro de salud acreditado por la FACT, el centro Blue Distinction Center for Transplants o el centro de investigación del cáncer donde se llevará a cabo el procedimiento. <p>Nota: 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. Puedes 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</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

específico de ensayo clínico, es posible que no seas elegible para ser incorporado en estos ensayos o que no existan ensayos disponibles en un centro de salud acreditado por la FACT, un centro Blue Distinction Center for Transplants o un centro de investigación del cáncer para tratar tu afección en el momento en que busques ser incluido en un ensayo clínico.

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Si el médico te ha recomendado que participes en un ensayo clínico, te aconsejamos que te comuniques con el Departamento de Administración de Casos en tu Plan Local para obtener ayuda.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 144 y 145 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con ensayos clínicos.</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p>Servicios relacionados con trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 71 a 74 <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 71 a 74 • Gastos médicos y de atención hospitalaria cubiertos del donante, cuando cubrimos al receptor • Suministros o servicios 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 <p>Nota: Consulta 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.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos</p> <p>Nota: tu proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente tu reclamo para los procedimientos. Comunícate con el proveedor si tienes alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibes los servicios de un segundo cirujano, tú pagas un copago separado por esos servicios, en función del lugar donde se realiza el procedimiento quirúrgico. No se aplica copago adicional a los servicios de asistentes de cirujano.</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Trasplantes de órganos/tejidos en los centros Blue Distinction Centers for Transplants®

Participamos en el programa Blue Distinction Centers for Transplants para los trasplantes de órganos/tejidos que figuran a continuación.

Los miembros que deciden utilizar un centro Blue Distinction Center for Transplants para un trasplante cubierto solo pagan un copago de \$350 por admisión conforme a la Opción Estándar o de \$175 por día (\$875 máximo) conforme a la Opción Básica, por el período de trasplante. Consulta la página 159 para conocer la definición de “período de trasplante”. Los miembros no son responsables de ningún costo adicional por servicios profesionales incluidos.

Se pagan beneficios normales (sujetos a los niveles normales de costos compartidos para servicios en centros de salud y profesionales) por los servicios previos y posteriores al trasplante prestados en centros Blue Distinction Centers for Transplants antes y después del período de trasplante, y por los servicios no relacionados con un trasplante cubierto.

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 de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Se te remitirá al coordinador de trasplantes del Plan designado para obtener información sobre el programa Blue Distinction Centers for Transplants.

- Corazón (en pacientes adultos y pediátricos)
- Riñón (en pacientes adultos y pediátricos)
- Hígado (hígado solo en pacientes adultos y pediátricos; trasplante simultáneo de hígado y riñón únicamente en adultos)
- Pulmón simple o doble (solo adultos)
- Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea (pacientes adultos y pediátricos) que figuran en las páginas 71 a 74
- Servicios relacionados con trasplantes que figuran en la página 75

Beneficios de viaje:

Los miembros que reciben atención cubierta en un centro Blue Distinction Center for Transplants para uno de los trasplantes enumerados anteriormente pueden recibir un reembolso de los gastos de viajes realizados en relación con el trasplante, sujeto a los criterios y las limitaciones descritas aquí.

Reembolsamos los gastos de transporte (aéreo, tren, autobús o taxi) y alojamiento si vives a cincuenta (50) millas o más del centro de salud, hasta un máximo de \$5,000 por trasplante para el miembro y los acompañantes. Si el receptor del trasplante tiene 21 años o menos, pagamos hasta \$10,000 por gastos de viaje elegibles para el miembro y sus acompañantes. El reembolso está sujeto a las normas del IRS.

Nota: Debes obtener la aprobación previa para los beneficios de viajes (consulta la página 23).

Nota: Los beneficios para trasplantes de córnea, intestinos, páncreas, pulmones en pacientes pediátricos, y pulmón y corazón no se encuentran disponibles en los centros Blue Distinction Centers for Transplants. Consulta las páginas 70 y 71 para obtener información sobre beneficios para estos trasplantes.

Nota: Consulta la Sección 5(c) para obtener información sobre nuestros beneficios para atención en centros de salud.

Nota: Consulta las páginas 70 a 76 para conocer los requisitos relacionados con la cobertura de los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Trasplantes de órganos/tejidos	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cualquier trasplante no detallado como cubierto y los trasplantes para cualquier diagnóstico no enumerados como cubiertos</i> • <i>Pruebas de detección del donante y gastos de búsqueda de donantes, incluidos los gastos de viajes asociados, excepto lo que se define en la página 75</i> • <i>Implantes de órganos artificiales, incluidos aquellos implantados como puente para un trasplante o terapia de destino, excepto la implantación médicamente necesaria de un corazón artificial según lo descrito en las páginas 70 y 71</i> • <i>Alostransplante de células de islote pancreático</i> • <i>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</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Anestesia	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Anestesia (incluida la acupuntura) para servicios médicos o quirúrgicos cubiertos cuando son solicitados por el médico a cargo del paciente y realizados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA) • Un médico distinto del médico (o del asistente) que realiza el procedimiento médico o quirúrgico cubierto <p>Servicios profesionales proporcionados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento de atención ambulatoria de un hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Centro de tratamiento residencial • Consultorio <p>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.</p> <p>Nota: Los servicios de acupuntura para anestesia no se cuentan para el máximo anual del miembro.</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago para los servicios de anestesia facturados por un centro de salud.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anestesia relacionada con cirugías o procedimientos no cubiertos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

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

- Recuerda 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.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 65 años o más.
- **DEBES OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL. SI NO LO HACES, DEBERÁS PAGAR UNA MULTA DE \$500.** Consulta nuestra información sobre la certificación previa que se incluye en la Sección 3 para cerciorarte de cuáles son los servicios que necesitan certificación previa.
- **DEBES OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTADÍAS EN CENTROS RESIDENCIALES DE TRATAMIENTO Y CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.** Consulta 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 82. Consulta la página 155 para obtener más información sobre estos tipos de servicios.
- **DEBES OBTENER APROBACIÓN PREVIA para los siguientes servicios: estudios del sueño en centros de salud; cirugía para obesidad mórbida; corrección quirúrgica de anomalías congénitas y cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente (consulta la sección *Definiciones* en la página 152) en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, excepto cuando la atención se proporciona dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. Consulta la página 22 para obtener más información.**
- **DEBES OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación de género. Consulta la página 22 para obtener información sobre la aprobación previa y las páginas 66 y 67 para conocer más sobre el beneficio quirúrgico.**
- Debes tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros de salud preferidos (PPO).
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención médica facture por los servicios o suministros. Observarás 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 tu 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).
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO. Cuando no hay ningún proveedor de la PPO disponible, se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO.
- Los beneficios por determinados medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en toda la vida por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtienen de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulta la página 114 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos de especialidad del Nivel 4 y el Nivel 5 a través de proveedores preferidos y farmacias preferidas. Los medicamentos restringidos en virtud de este beneficio están disponibles en nuestra Lista de medicamentos especializados. Visita www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámanos al 888-346-3731. Los miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos y farmacias preferidas (consulta la página 104).
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones del solicitante y una

persona o el solicitante y su familia).

• **En la Opción Básica:**

- **No hay deducible por año calendario.**
- **Debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.
- No se cobra tu costo compartido por la atención obtenida y facturada por proveedores profesionales Preferidos en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital Preferido por otros servicios distintos de servicios quirúrgicos, medicamentos, suministros, dispositivos protésicos, dispositivos ortopédicos y DME, equipo médico duradero. Eres responsable de pagar los costos compartidos aplicables por los servicios prestados y facturados por el hospital.

Descripción de los beneficios		Tú pagas
<p>Nota: Para la Opción Estándar, establecemos si el deducible por año calendario se aplica o no a cada beneficio enumerado en esta sección.</p> <p>En la Opción Básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Alojamiento y comida, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o en cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>Nota: Cubrimos una habitación privada solo cuando debes estar aislado para prevenir contagios, cuando tu aislamiento es exigido por la ley o cuando un hospital miembro o preferido solo cuenta con habitaciones privadas. Si un hospital miembro o preferido solo cuenta con habitaciones privadas, basamos nuestro pago en el estado contractual del centro de salud. Si un hospital no miembro solo cuenta con habitaciones privadas, basamos nuestro pago en la cantidad autorizada por el Plan para tu tipo de admisión. Consulta las páginas 155 a 157 para obtener más información.</p> <p>Consulta las páginas 87 y 88, y 100 y 101 para obtener información sobre los centros residenciales de tratamiento.</p> <p>Otros servicios y suministros de hospital, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano, sala de recuperación, sala de maternidad y otras salas de tratamiento • Fármacos y medicamentos con receta • 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 	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)</p> <p>Nota: Para la atención en centros de salud relacionada con la maternidad, incluida la atención en centros de maternidad, renunciamos al copago por admisión y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza un centro de salud preferido.</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p> <p>Nota: Si eres admitido en un centro de salud Miembro o No miembro debido a una emergencia médica o lesión producida en un accidente, pagas un copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada y luego proporcionamos los beneficios al 100 % de la cantidad autorizada por el Plan.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$175 por día hasta \$875 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Nota: Para la atención en centros de salud preferidos relacionada con la maternidad (incluida la atención en centros de salud para pacientes hospitalizados, la atención en centros de maternidad y los servicios que recibes como paciente ambulatorio), tu responsabilidad para los servicios cubiertos que recibes se limita a \$175 por admisión.</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 del hospital • Orientación nutricional • Rehabilitación para pacientes hospitalizados agudos <p>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 82. Consulta la página 155 para obtener más información sobre estos tipos de servicios.</p> <p>Nota: A continuación, se enumeran algunas sugerencias para tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesitas certificación previa para tu parto; consulta la página 26 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para ti o tu recién nacido. • Si necesitas quedarte en el hospital más tiempo del programado inicialmente, cubriremos una extensión de la estadía si es médicamente necesaria. Sin embargo, debes obtener certificación previa para la extensión de la estadía. Consulta 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 dentales 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). <p>Nota: Consulta las páginas 47 y 48 para conocer otros servicios cubiertos relacionados con la maternidad.</p> <p>Nota: Consulta la página 59 para conocer la cobertura para sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Nota: Para ciertos procedimientos quirúrgicos, tus costos de desembolso directo para los servicios en centros de salud se reducen si utilizas un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center. Consulta las páginas 86 y 87 para obtener información.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Admisión a centros de salud no cubiertos, como residencias con servicios de enfermería, centros de salud para atención prolongada, escuelas o centros residenciales de tratamiento (excepto según lo descrito en las páginas 87 a 88, y 100 a 101) • Artículos para comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería • Enfermería privada • Gastos de alojamiento y comida en el centro cuando, a nuestro criterio, la admisión o parte de la admisión comprende lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Atención de custodia o atención de largo plazo (consulta 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 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea médicamente necesaria, como la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - 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 tu afección ni la calidad de la atención médica que recibes. - 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) <p><i>Nota: si determinamos que el tipo de admisión en el hospital es uno de los mencionados anteriormente, no proporcionaremos beneficios de alojamiento y comida para pacientes hospitalizados ni la atención médica para pacientes hospitalizados.</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los servicios o suministros cubiertos, excepto los beneficios de alojamiento y comida, y atención médica para pacientes hospitalizados en el nivel que los hubiéramos 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 (consulta las páginas 18 y 19).</i></p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios quirúrgicos y de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quirófono, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Anestésicos y servicios de anestesia • Acupuntura • Pruebas prequirúrgicas realizadas en el término de un día hábil de la prestación de los servicios quirúrgicos cubiertos • Quimioterapia y terapia de radiación • Colonoscopia, con o sin biopsia <p>Nota: Los beneficios de atención preventiva se aplican a los cargos del centro de salud para tu primera colonoscopia cubierta del año calendario (consulta la página 42). Proporcionamos beneficios de diagnóstico para los servicios relacionados con procedimientos de colonoscopia subsiguientes realizados en el mismo año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 domiciliar para hemofílicos • Otros suministros médicos, incluido el oxígeno • Implantes quirúrgicos 	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$100 por día por centro de salud (excepto según se indica a continuación)</p> <p>Nota: Puedes ser responsable de pagar un copago de \$150 por día por centro de salud si se facturan otros servicios de diagnóstico además de los servicios que aquí se enumeran.</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para implantes quirúrgicos, agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta las páginas 95 a 97 para conocer nuestros niveles de pago por la atención relacionada con emergencias médicas o lesiones producidas en un accidente. • Consulta la página 49 para conocer nuestra cobertura de servicios de planificación familiar. • Para conocer nuestra cobertura de visitas a la clínica en un hospital, consulta los beneficios profesionales que se describen en las páginas 39 y 40, y en la página 55 para servicios para la vista. • Para ciertos procedimientos quirúrgicos, tus costos de desembolso directo para los servicios en centros de salud se reducen si utilizas un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center. Consulta las páginas 86 y 87 para obtener información. • Para la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios relacionada con la maternidad, incluida la atención para pacientes ambulatorios en centros de maternidad, renunciamos a tu monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utilizas un centro de salud preferido. Consulta las páginas 47 a 49 para conocer otros servicios de maternidad incluidos. • Consulta la página 85 para conocer los medicamentos, dispositivos médicos y DME, equipo médico duradero, para pacientes ambulatorios facturados por un centro de salud. • Cubrimos servicios y suministros de hospital para pacientes ambulatorios relacionados con el tratamiento de niños hasta los 22 años con caries dentales graves. <p>Cubrimos la atención para pacientes ambulatorios relacionada con otros tipos de procedimientos dentales únicamente cuando existe una deficiencia física no dental que requiere un hospital para salvaguardar la salud del paciente. Consulta la Sección 5 (g), <i>Beneficios dentales</i>, para obtener información adicional sobre los beneficios.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<p>Servicios de observación de pacientes ambulatorios prestados y facturados por un hospital o un centro de salud ambulatorio independiente</p> <p>Nota: todos los servicios ambulatorios facturados por el centro de salud durante el tiempo que recibas servicios de observación se incluyen en los montos de los costos compartidos que se muestran aquí. Consulta la Sección 5(a) de los servicios facturados por los proveedores profesionales durante la permanencia en observación y las páginas 79 a 81 para obtener información sobre los beneficios de las hospitalizaciones.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por la duración de los servicios (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por la duración de los servicios, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$175 por día hasta \$875</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

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

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Para los servicios de observación de pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, renunciamos a tu cantidad de costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utilizas un centro de salud Preferido.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Centros de salud No miembros: copago de \$450 por la duración de los servicios, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<p>Servicios de tratamiento y de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografías • Pruebas de densidad ósea • Resonancias magnéticas/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones • Medicina nuclear • Estudios del sueño en centros de salud (se requiere aprobación previa) • Pruebas genéticas <p>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. Consulta la página 41 para conocer los criterios de cobertura y las limitaciones.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$150 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$150 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud No miembros: copago de \$150 por día por centro de salud, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p>
<p>Servicios de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios realizadas y facturadas por un centro de salud, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control cardiovascular • Electroencefalogramas • Estudios del sueño en el hogar/sin supervisión • Ultrasonidos • Pruebas neurológicas • Radiografías (incluida la colocación del equipo portátil de radiografías) <p>Nota: Para la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios relacionada con la maternidad, incluida la atención para pacientes ambulatorios en centros de maternidad, renunciamos a tu monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utilizas un centro de salud preferido.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$40 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$40 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud No miembros: copago de \$40 por día por centro de salud, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Puedes ser responsable de pagar un copago más elevado por día por centro de salud si se facturan otros servicios de diagnóstico o tratamiento, además de los servicios que aquí se enumeran.</p>

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

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
	Consulta la página anterior	Continúa desde la página anterior: Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).
<p>Servicios de terapia y tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación cognitiva • Terapia física, terapia ocupacional y del habla <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de la Opción Estándar se limitan a un total combinado de 75 visitas por persona por año calendario. - Los beneficios de la Opción Básica se limitan a un total combinado de 50 visitas por persona por año calendario. • Servicios de tratamiento de manipulación <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de la Opción Estándar se limitan a un total combinado de 12 visitas por persona por año calendario. - Los beneficios de la Opción Básica se limitan a un total combinado de 20 visitas por persona por año calendario. 	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$25 por día por centro de salud (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$30 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p>
<p>Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca • Rehabilitación pulmonar <p>Análisis conductuales aplicados (ABA) para un trastorno del espectro autista (consulta los requisitos de aprobación previa en la página 22)</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$30 por día por centro de salud</p> <p>Nota: Puedes ser responsable de pagar un copago más elevado por día por centro de salud si se facturan otros servicios de diagnóstico o tratamiento, además de los servicios que aquí se enumeran.</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

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

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de tratamiento y de diagnóstico para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio y servicios de patología • Electrocardiogramas <p>Nota: Para la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios relacionada con la maternidad, incluida la atención para pacientes ambulatorios en centros de maternidad, renunciamos a tu monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utilizas un centro de salud preferido.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada</p> <p>Centros de salud miembros: nada</p> <p>Centros de salud no miembros: tú pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado</p> <p>Nota: Puedes ser responsable de pagar un copago por día por centro de salud si se facturan otros servicios de diagnóstico o tratamiento, además de los servicios que aquí se enumeran.</p> <p>Nota: Tú pagas un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con tu atención. (Consulta la página 152 para obtener más información sobre los “agentes”).</p>
<p>Atención preventiva para pacientes ambulatorios adultos proporcionada y facturada por un centro de salud, limitada a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas/exámenes para atención preventiva, procedimientos de detección y vacunas de rutina que se describen en las páginas 42 a 45 • Pruebas de detección de cáncer que se enumeran en las páginas 42 y 43 y ultrasonido de detección para aneurisma aórtico abdominal <p>Nota: Consulta la página 44 para conocer nuestros requisitos de cobertura para las pruebas de BRCA preventivas.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 45 y 46 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.</p>	<p>Consulta la página 42 para conocer nuestros niveles de pago por servicios de atención preventiva cubiertos para adultos.</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: nada para pruebas de detección de cáncer y ultrasonido de detección para aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para exámenes físicos de rutina en adultos, análisis de laboratorio asociados, colonoscopías o vacunas de rutina realizadas en centros de salud miembros o no miembros.</p>
<p>Medicamentos, dispositivos médicos y DME, equipo médico duradero para pacientes ambulatorios facturados por un centro de salud, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con receta • Ortesis y prótesis • Equipo médico duradero • Implantes quirúrgicos 	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Nota: También puedes ser responsable de pagar un copago por día por centro de salud por servicios para pacientes ambulatorios.</p>

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

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Para la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios relacionada con la maternidad, incluida la atención para pacientes ambulatorios en centros de maternidad, renunciamos a tu monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utilizas un centro de salud preferido.</p> <p>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 beneficio no de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare.</p>	Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible) También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.	<p>Consulta la explicación anterior y las páginas 81 a 84 para conocer información específica sobre la cobertura.</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>
Atención especializada Blue Distinction®	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Brindamos beneficios mejorados para servicios en centros de salud para pacientes hospitalizados cubiertos y relacionados con los procedimientos quirúrgicos enumerados a continuación, cuando la cirugía se realiza en un centro de salud designado como Blue Distinction Center para cirugía de reemplazo de rodilla y de cadera, cirugía de la columna o cirugía bariátrica completa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las cirugías bariátricas cubiertas incluyen las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento en Y de Roux - Bypass gástrico - Banda gástrica ajustable por vía laparoscópica - Gastrectomía en manga - Bypass biliopancreático con interrupción duodenal • Reemplazo o corrección total de cadera • Reemplazo o corrección total de rodilla • Cirugía de la columna, limitada a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Discectomía cervical - Discectomía torácica - Laminectomía - Laminoplastia - Fusión espinal 	Blue Distinction Center: copago de \$150 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)	Blue Distinction Center: copago de \$100 por día hasta \$500 por admisión para una cantidad de días ilimitada

Atención especializada Blue Distinction® (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención especializada Blue Distinction® (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Debes obtener la certificación previa para la estadía en el hospital y verificar la designación de tu centro de salud como Blue Distinction Center para el tipo de cirugía programada. Comunícate con nosotros antes de tu admisión al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener asistencia.</p> <p>Nota: Los miembros son responsables de las cantidades de los costos compartidos normales para la cirugía y los servicios profesionales relacionados según lo descrito en la Sección 5(b).</p> <p>Nota: Estos niveles de beneficio no se aplican a la atención en centros de salud para pacientes hospitalizados relacionada con otros servicios o procedimientos, o a la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios, incluso si los servicios se brindan en un centro Blue Distinction Center. Consulta las páginas 78 a 80 para conocer los beneficios de hospitalización normales y las páginas 81 a 85 para conocer los niveles de beneficios de centros de salud para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 18 y 19 para obtener más información sobre los centros Blue Distinction Centers.</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p>Servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con procedimientos de cirugía bariátrica cubiertos específicos, cuando la cirugía se realiza en un centro de salud designado como un Blue Distinction Center for Bariatric Surgery.</p> <p>Servicios en centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con cirugías específicas de reemplazo o revisión de cadera y rodilla cubiertas y ciertos procedimientos de cirugía de columna, cuando se realizan en un centro Blue Distinction Center designado para cirugía de cadera, rodilla y columna.</p> <p>Nota: Debes cumplir con los requisitos prequirúrgicos enumerados en las páginas 64 y 65 para cirugías bariátricas.</p> <p>Nota: Además, debes obtener la aprobación previa y verificar la designación del centro de salud como un centro Blue Distinction Center para el tipo de cirugía programada. Comunícate con nosotros antes del procedimiento al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener asistencia.</p>	Blue Distinction Center: \$100 por día por centro de salud (sin deducible)	Blue Distinction Center: \$25 por día por centro de salud

Atención especializada Blue Distinction® (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención especializada Blue Distinction® (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Los miembros son responsables de las cantidades de los costos compartidos normales para la cirugía y los servicios profesionales relacionados según lo descrito en la Sección 5(b).</p> <p>Nota: Estos beneficios no se aplican a otros tipos de servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, incluso si se realizan en un centro Blue Distinction Center. Consulta las páginas 81 y 82 para conocer los beneficios que brindamos.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 18 y 19 para obtener más información sobre los centros Blue Distinction Centers.</p>	Blue Distinction Center: \$100 por día por centro de salud (sin deducible)	Blue Distinction Center: \$25 por día por centro de salud
Centro de tratamiento residencial	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Se requiere una certificación previa antes de la hospitalización.</p> <p>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 hospitalización.</p> <p>Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados 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 trastornos médicos, de salud mental o por consumo de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 (consulta la página 39 de los servicios facturados por los proveedores profesionales). <p>Nota: 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.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p> <p>Nota: Los RTC no miembros, antes de la hospitalización, deben aceptar cumplir con los términos establecidos por el Plan Local para la atención del miembro en particular y para la presentación y procesamiento de los reclamos relacionados.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$175 por día hasta \$875 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Centro de tratamiento residencial (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Los beneficios no están disponibles para los servicios no cubiertos, incluidos cuidado de relevo; programas residenciales al aire libre; servicios prestados fuera del alcance de la licencia del proveedor; terapia recreativa; terapia educativa; clases educativas; biorregulación; programas Outward Bound; equinoterapia/hipoterapia proporcionada durante la estadía autorizada; artículos de comodidad personal, tales como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería; cuidado de custodia o atención de largo plazo (consulta la sección <i>Definiciones</i>); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado.</p> <p>Nota: Para obtener información sobre los servicios en centros residenciales de tratamiento para pacientes ambulatorios, consulta la página 101.</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Cuando la Parte A de Medicare no es tu pagador primario:</p> <p>Para los miembros que no tienen la Parte A de Medicare, cubrimos la atención de pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada (SNF) durante un máximo de 30 días por año, cuando se espera que el miembro se beneficie de los servicios del SNF a corto plazo con el objetivo de regresar al hogar.</p> <p>También deben cumplirse los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El miembro está inscrito en la administración de casos antes de la admisión en el SNF (se requiere un consentimiento firmado) y participa activamente en la administración de casos tanto antes de la admisión en el SNF como durante esta. • Se obtiene la certificación previa antes de la admisión (incluida la atención en el extranjero). • Aprobamos el plan de tratamiento preliminar antes de la admisión (el plan debe incluir las terapias propuestas y documentar la necesidad de atención de pacientes hospitalizados). • El miembro participa en todas las actividades de planificación de la atención y el tratamiento, incluida la planificación del alta/transición al hogar. 	<p>Centros de salud Preferidos: \$175 (sin deducible) por admisión</p> <p>Centros de salud Miembros: \$275 más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) por admisión</p> <p>Centros de salud No miembros: \$275 más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago, por admisión</p>	Todos los cargos

Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los beneficios no se encuentran disponibles para la atención en un SNF como paciente hospitalizado exclusivamente para el manejo de la alimentación por sonda, para el tratamiento con diálisis en el hogar, como una transición provisoria a la asignación de atención de largo plazo o para cualquier otro servicio que no esté cubierto.</p> <p>Nota: No se proporcionarán beneficios para pacientes hospitalizados (como habitación y comida) si no se obtiene la certificación previa antes de la admisión (consulta la página 21). Los miembros deben encargarse de la inscripción en la administración de casos (consulta la página 21).</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<p>Cuando la Parte A de Medicare es tu pagador primario:</p> <p>Cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario (es decir, que paga primero) y ha efectuado el pago, la Opción Estándar proporciona beneficios secundarios limitados.</p> <p>Pagamos los copagos aplicables de la Parte A de Medicare que pague en su totalidad desde el primer día hasta el día 30 de hospitalización para cada período de beneficios (según la definición de Medicare) en un centro de enfermería especializada calificado.</p> <p>Nota: Consulta https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/ge101c03.pdf para obtener una definición completa del período de beneficios de Medicare.</p> <p>Si Medicare paga los primeros 20 días en su totalidad, los beneficios del Plan comenzarán el día 21 (cuando comienzan los copagos de la Parte A de Medicare) y terminarán el día 30.</p> <p>Nota: Consulta la página 84 para conocer los beneficios de terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva, y servicios de tratamiento de manipulación para pacientes ambulatorios cuando son facturados por un centro de enfermería especializada. consulta la Sección 5(f) para conocer los beneficios para medicamentos con receta.</p> <p>Nota: si la Parte A de Medicare es tu pagador primario, solo te proporcionaremos beneficios si Medicare proporcionó beneficios para la admisión.</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud miembros: nada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud no miembros: nada (sin deducible)</p> <p>Nota: Tú pagas todos los cargos no pagados por Medicare luego del día 30.</p>	<p>Todos los cargos</p>

Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <p><i>Teléfono; televisión; artículos de comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, servicios de belleza y barbería; salidas/viajes recreativos, transporte en silla de ruedas o camilla; transporte en ambulancia que no es de emergencia y que es 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; cuidado de custodia o atención de largo plazo (consulta Definiciones); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>La atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) es 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.</p>	<p>Consulta las páginas 90 a 92.</p>	<p>Consulta las páginas 90 a 92.</p>
<p>Beneficios de inscripción previos a los cuidados paliativos</p> <p>No se necesita aprobación previa.</p> <p>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 en el domicilio por un médico empleado por el centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) y cuando las facture el centro para el que trabaja el médico. La visita previa a la inscripción incluye servicios, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la necesidad de manejar el dolor o los síntomas del miembro • Orientación acerca de los cuidados paliativos y otras opciones de atención 	<p>Nada (sin deducible)</p>	<p>Nada</p>

Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>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 del centro 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. Eres responsable de cerciorarte de que el proveedor del centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) haya recibido aprobación previa del Plan Local (consulta la página 22 para conocer las instrucciones). Verifica con tu Plan Local o ingresa 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 centros de cuidados paliativos.</p> <p>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 aquellos servicios enumerados en esta página y en las páginas 91 y 92.</p> <p>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 centros de cuidados paliativos.</p>	<p>nada (sin deducible)</p>	<p>Nada</p>
<p>Servicios cubiertos</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de atención avanzada (consulta la Sección 10 en la página 152) • Orientación sobre dietas • Alquiler de DME, equipo médico duradero • Servicios médicos sociales • Suministros médicos • Atención de enfermería 	<p>Consulta la página siguiente.</p>	<p>Consulta la página siguiente.</p>

Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 en el domicilio por el centro de cuidados paliativos) 	Consulta a continuación	Consulta a continuación
<p>Cuidados paliativos tradicionales en el domicilio</p> <p>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. (consulta la página 90 para conocer los requisitos de aprobación previa)</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros/No miembros: copago de \$450 por episodio (sin deducible)</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Cuidados paliativos continuos en el domicilio</p> <p>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 los medicamentos 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).</p> <p>Nota: Los miembros deben recibir aprobación previa del Plan Local para cada episodio de cuidados paliativos continuos en el domicilio (consulta la página 90). 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 a fin de recibir los beneficios para los siguientes servicios de cuidados paliativos continuos en el domicilio, y los servicios deben ser proporcionados por dicho programa.</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por episodio (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: copago de \$450 por episodio, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) para pacientes hospitalizados</p> <p>Los beneficios se encuentran disponibles para la atención en un centro de 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 para cuidados paliativos en el domicilio a fin de poder ser elegible para la primera estadía como paciente hospitalizado.</p> <p>No obstante, el miembro debe estar inscrito en un programa para cuidados paliativos en el domicilio a fin de recibir los beneficios para las siguientes estadías como paciente hospitalizado.</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: copago de \$450 por admisión, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros de salud preferidos: nada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Planificación de atención avanzada, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) cubierto (consulta la página 90)</i> • <i>Servicios domésticos</i> • <i>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 aprobada cuando dicho centro ya brinda el mismo tipo de atención</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de transporte profesional en ambulancia desde o hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente tu afección, cuando sean médicamente necesarios, más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociados con la atención de pacientes hospitalizados cubierta • Relacionados con una emergencia médica • Asociados con cuidados paliativos cubiertos <p>Nota: También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieran servicios de transporte.</p>	<p>copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre (sin deducible)</p> <p>copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea</p>	<p>copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre</p> <p>copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea</p>
<p>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 una lesión producida en un accidente</p> <p>Nota: También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieran servicios de transporte.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa para todas las instancias de transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia.</p>	<p>Nada (sin deducible)</p> <p>Nota: estos niveles de beneficio se aplican únicamente si recibes atención en relación con una lesión producida en un accidente y dentro de las 72 horas de haberse producido. Para servicios recibidos después de 72 horas, consulta la explicación anterior.</p>	<p>copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre</p> <p>copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea</p>
<p>Servicios de emergencia de transporte terrestre, aéreo y marítimo en ambulancia, cuando sea médicamente necesario, al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente tu afección si viajas fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.</p> <p>Nota: Si te encuentras en el extranjero y necesitas ayuda con servicios de evacuación de emergencia al centro más cercano equipado para tratar adecuadamente tu afección, comunícate con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI) llamando al 804-673-1678. Consulta la página 130 para obtener más información.</p>	<p>copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre (sin deducible)</p> <p>copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea</p>	<p>copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre</p> <p>copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea</p>
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de transporte para sillas de ruedas o camillas</i> • <i>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</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Ambulancia (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Ambulancia (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • <i>El 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</i> • <i>Vuelos aéreos comerciales</i> • <i>Repatriación desde una ubicación internacional de regreso a Estados Unidos. Consulta 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</i> • <i>Los costos asociados con el transporte marítimo o por aire en el extranjero, que no sea al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente tu afección</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes

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

- Recuerda 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.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 65 años o más.
- Debes tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros de salud preferidos (PPO).
- Brindamos beneficios en los niveles de beneficios preferidos para servicios de sala de emergencias provistos por proveedores de una PPO y no pertenecientes a una PPO cuando sus servicios están relacionados con una lesión producida en un accidente o una emergencia médica. La cantidad autorizada por el Plan para estos servicios se determina según el estado contractual del proveedor. Si los servicios son brindados por proveedores profesionales no pertenecientes a una PPO en un centro de salud de la PPO, eres responsable de tus costos compartidos para esos servicios. Consulta la página 32, NSA, para obtener más información.
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO (con excepción de lo descrito anteriormente). Cuando no hay ningún proveedor de la PPO disponible, se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO.
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones del solicitante y una persona o el solicitante y su familia).
- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debes utilizar proveedores preferidos a fin de recibir los beneficios, excepto en los casos de emergencias médicas o lesiones producidas en un accidente. Consulta las pautas que aparecen a continuación para obtener información adicional.**

¿Qué es una lesión producida en un accidente?

Una lesión producida en un accidente 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. (Consulta la Sección 5(g) para conocer la atención dental para lesiones producidas en un accidente).

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es la aparición repentina e inesperada de una afección o una lesión que crees que pone en riesgo tu 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 tu 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.

Beneficios de la Opción Básica para atención de emergencia

En la **Opción Básica**, te aconsejamos que solicites atención médica de proveedores preferidos en caso de una lesión producida en un accidente o una emergencia médica. Sin embargo, si necesitas atención inmediata y no tienes acceso a un proveedor preferido, proporcionaremos beneficios para el tratamiento **inicial** que recibas en la sala de emergencias de cualquier hospital, aunque el hospital no sea un centro de salud preferido. También proporcionaremos beneficios si eres admitido directamente en el hospital desde la sala de emergencias hasta que tu 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 producida en un accidente.

Proporcionamos beneficios de emergencia si tienes 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, su salud y la del niño que está por nacer.

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
<p>Nota: Para la Opción Estándar, establecemos si el deducible por año calendario se aplica o no a cada beneficio enumerado en esta sección.</p> <p>En la Opción Básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Lesión producida en un accidente	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias, el departamento de servicios ambulatorios de un hospital, 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 	Preferido: nada (sin deducible) Participante: nada (sin deducible) No participante: nada (sin deducible)	Preferido: nada Participante: nada No participante: nada
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores profesionales en el consultorio del proveedor, incluidos los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional 	Preferido: nada (sin deducible) Participante: nada (sin deducible) No participante: cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible)	Los niveles de beneficios normales se aplican a los servicios cubiertos prestados en este ámbito. Consulta las Secciones 5(a) y 5(b).
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios y suministros de 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 	Preferido: nada (sin deducible) Miembro: nada (sin deducible) No miembro: nada (sin deducible)	Sala de emergencias Preferida: copago de \$175 por día por centro de salud Sala de emergencias Miembro: copago de \$175 por día por centro de salud Sala de emergencias No miembro: copago de \$175 por día por centro de salud Nota: Si es admitido directamente en el hospital desde la sala de emergencias, no es necesario que pague un copago de \$175 por atención en la sala de emergencias. Sin embargo, aún se aplica un copago de \$175 por día por la atención de pacientes hospitalizados en un centro preferido.

Lesión producida en un accidente (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Lesión producida en un accidente (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Centros de atención de urgencia, autorizados para proporcionar servicios y suministros de emergencia, 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 <p>Nota: El centro de atención de urgencia debe estar autorizado para proporcionar servicios de emergencia a fin de recibir protecciones en virtud de la NSA. Consulta la página 32 para obtener más información.</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia participante: nada (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia no participante: nada (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Centro de atención de urgencia participante/no participante: copago de \$35 por visita</p>
<ul style="list-style-type: none"> Centros de atención de urgencia, no autorizados para proporcionar servicios y suministros de emergencia, 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 	<p>Centro de atención de urgencia preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia participante: nada (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia no participante: cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Centro de atención de urgencia participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Nota: Si eres tratado por un proveedor profesional no perteneciente a una PPO en un centro de la PPO, solo serás responsable de tus costos compartidos y no deberás pagar ninguna diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado. (Consulta la página 32).</p> <p>Nota: Pagamos beneficios para pacientes hospitalizados si lo internan. Consulta las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer esos beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nota: Consulta la Sección 5(g) para conocer los beneficios dentales para lesiones producidas en un accidente. 	<p>Nota: Los beneficios descritos en la página 95 se aplican únicamente si recibes atención en relación con una lesión producida en un accidente y dentro de las 72 horas de haberse producido. Para servicios recibidos después de las 72 horas, se aplican los beneficios normales. Consulta las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer los beneficios que brindamos.</p> <p>Nota: Para medicamentos, servicios, suministros o DME, equipo médico duradero facturados por un proveedor distinto de un hospital, un centro de atención de urgencia o un médico, consulta las Secciones 5(a) y 5(f) para conocer los niveles de beneficios que se aplican.</p>	<p>Nota: Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios.</p>

Lesión producida en un accidente (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Lesión producida en un accidente (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bucal, excepto según lo descrito en la Sección 5(b) • Lesiones sufridas en los dientes mientras come • Honorarios profesionales para salas de emergencia con diferenciales por turnos 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Emergencia médica	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante: nada</p> <p>No participante: nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Nota: Pagamos los beneficios para pacientes hospitalizados si eres internado como resultado de una emergencia médica. Consulta la Sección 5(c).</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Miembro: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No miembro: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Sala de emergencias Preferida: copago de \$175 por día por centro de salud</p> <p>Sala de emergencias Miembro: copago de \$175 por día por centro de salud</p> <p>Sala de emergencias No miembro: copago de \$175 por día por centro de salud</p> <p>Nota: Si es admitido directamente en el hospital desde la sala de emergencias, no es necesario que pague un copago de \$175 por atención en la sala de emergencias. Sin embargo, aún se aplica un copago de \$175 por día por la atención de pacientes hospitalizados en un centro preferido.</p> <p>Nota: Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios.</p>

Emergencia médica (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Emergencia médica (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Centros de atención de urgencia, autorizados para proporcionar servicios y suministros de emergencia, 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 <p>Nota: El centro de atención de urgencia debe estar autorizado para proporcionar servicios de emergencia a fin de recibir protecciones en virtud de la NSA. Consulta la página 32 para obtener más información.</p> <p>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 57 y 58.</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia participante: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia No participante: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Centro de atención de urgencia participante/no participante: copago de \$35 por visita</p>
<ul style="list-style-type: none"> Centros de atención de urgencia, no autorizados para proporcionar servicios y suministros de emergencia, 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 <p>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 57 y 58.</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencia No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Centro de atención de urgencia participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p><i>No están cubiertos: Honorarios profesionales para salas de emergencia con diferenciales por turnos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Ambulancia	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Consulta las páginas 92 y 93 para conocer información sobre la cobertura y el beneficio de ambulancia completo.</p>	<p>Consulta las páginas 92 y 93</p>	<p>Consulta las páginas 92 y 93</p>

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

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

- Recuerda 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 tienes una afección compleja o crónica aguda, es posible que seas elegible para recibir los servicios de un administrador de casos profesional para que te 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, consulta la página 128. Llámanos al número de teléfono que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio si tienes alguna pregunta o si deseas tratar tus necesidades de atención médica.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 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. Encontrarás 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/>
www.samhsa.gov/health-financing/implementation-mental-health-parity-addiction-equity-act
- **DEBES OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL O EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL. SI NO LO HACES, DEBERÁS PAGAR UNA MULTA DE \$500.** Consulta la información sobre la certificación previa que se incluye en la Sección 3.
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO. Cuando no hay ningún proveedor de la PPO disponible, se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO.
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones del solicitante y una persona o el solicitante y su familia).
 - Puedes optar por recibir atención de proveedores dentro de la red (preferidos) o fuera de la red (no preferidos). Los costos compartidos y las limitaciones que se aplican a los beneficios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos) no son mayores que para beneficios similares relacionados con otras enfermedades y afecciones.
- **En la Opción Básica:**
 - **Debes utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.**
 - **No hay deducible por año calendario.**
- Debes tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros de salud preferidos (PPO).

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
<p>Nota: Para la Opción Estándar, establecemos si el deducible por año calendario se aplica o no a cada beneficio enumerado en esta sección.</p> <p style="text-align: center;">En la Opción Básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Servicios profesionales	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Cubrimos servicios profesionales proporcionados por profesionales con licencia en trastornos de salud mental y por abuso de sustancias cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia.</p>	<p>Tus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.</p>	<p>Tus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.</p>
<p>Servicios proporcionados por profesionales con licencia en trastornos de salud mental y por abuso de sustancias cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Administración farmacológica (medicamentos) • Pruebas psicológicas • Visitas al consultorio • Visitas a la clínica • Visitas a domicilio • Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) <p>Nota: Para localizar un proveedor preferido, ingresa en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o comunícate con tu Plan Local al número de teléfono de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 61 y 117 para conocer nuestra cobertura del tratamiento para dejar de fumar.</p> <p>Nota: Consulta la página 47 para conocer nuestra cobertura de visitas relacionadas con la salud mental para tratar la depresión postparto y la depresión durante el embarazo.</p> <p>Nota: Cubrimos servicios o suministros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios provistos y facturados por centros residenciales de tratamiento en los niveles que se indican aquí.</p>	<p>Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Servicios de profesionales de telesalud para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en salud del comportamiento • Orientación para trastornos por abuso de sustancias <p>Nota: Consulta la Sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre los servicios de telesalud y cómo acceder a nuestra red de proveedores de telesalud.</p> <p>Nota: Los beneficios combinados con servicios de telesalud se enumeran en la Sección 5(a), página 39.</p> <p>Nota: No se aplican copagos a los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: nada (sin deducible) para las primeras 2 visitas por año calendario para cualquier servicio de telesalud cubierto</p> <p>Copago de \$10 por visita (sin deducible) después de la 2.^a visita</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: nada para las primeras 2 visitas por año calendario para cualquier servicio de telesalud cubierto</p> <p>Copago de \$15 por visita después de la 2.^a visita</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>

Servicios profesionales (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Servicios profesionales (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales para pacientes hospitalizados 	<p>Continúa desde la página anterior: Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible), más la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Continúa desde la página anterior: Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Honorarios profesionales por tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en centros de salud Honorarios profesionales por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: tú pagas todos los cargos</p>
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios al paciente hospitalizado prestados y facturados por un hospital u otro centro de salud cubierto (consulta a continuación la atención en un centro residencial de tratamiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> Alojamiento 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 <p>Nota: 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 trastorno por consumo de sustancias.</p> <p>Nota: Debes obtener certificación previa para las estadías en el hospital como paciente hospitalizado. Si no lo haces, deberás pagar una multa de \$500.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan para una cantidad de días ilimitada (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$175 por día hasta \$875 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Centro de tratamiento residencial	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Se requiere una certificación previa antes de la hospitalización.</p> <p>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 hospitalización.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$175 por día hasta \$875 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados 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 trastornos médicos, de salud mental o por consumo de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (consulta la página 99 de los servicios facturados por los proveedores profesionales) <p>Nota: 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.</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para los servicios no cubiertos, que incluyen: 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 comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería; cuidado de custodia o atención de largo plazo (consulta la sección <i>Definiciones</i> en la página 153); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado.</p> <p>Nota: Para obtener información sobre los servicios en centros residenciales de tratamiento para pacientes ambulatorios, consulta la próxima sección.</p>	<p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p> <p>Nota: Los centros de salud no miembros, antes de la hospitalización, deben aceptar cumplir con los términos establecidos por el Plan Local para la atención del miembro en particular y para la presentación y procesamiento de los reclamos relacionados.</p>	

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro de salud cubierto</p> <p>Nota: Cubrimos servicios o suministros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios provistos y facturados por centros residenciales de tratamiento en los niveles que se indican aquí.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Administración farmacológica (medicamentos) • Hospitalización parcial • Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Miembro: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No miembro: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible).</p> <p>También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Preferido: copago de \$30 por día por centro de salud</p> <p>Miembro/no miembro: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro de salud cubierto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico • Pruebas psicológicas <p>Nota: Un centro de tratamiento residencial es un centro de salud cubierto para atención para pacientes ambulatorios (consulta la Sección 10, Definiciones, para obtener más información).</p> <p>Cubrimos servicios o suministros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados provistos y facturados por centros residenciales de tratamiento, excepto los beneficios de habitación y comidas, y atención médica para pacientes hospitalizados, en los niveles que se indican aquí.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Miembro: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No miembro: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible). También puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Miembro/no miembro: nada</p>

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
No cubierto (pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios para matrimonios, familias, educativos u otros servicios de orientación o capacitación</i> • <i>Servicios prestados por un proveedor no cubierto</i> • <i>Pruebas y el tratamiento de problemas de aprendizaje y discapacidad intelectual</i> • <i>Servicios para pacientes hospitalizados provistos o facturados por centros residenciales de tratamiento, excepto según lo descrito en las páginas 87 y 88, y 100 y 101</i> • <i>Servicios prestados o facturados por escuelas, centros de rehabilitación, residencias sociales o por miembros de su personal</i> <p><i>Nota: Cubrimos servicios profesionales según lo descrito en las páginas 99 y 100 cuando los presta y factura un proveedor profesional cubierto que preste servicios dentro del alcance de su licencia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Psicoanálisis o psicoterapia que se considere a efectos del otorgamiento de títulos, perfeccionamiento o capacitación, independientemente del diagnóstico o los síntomas presentes</i> • <i>Servicios prestados o facturados por campos residenciales terapéuticos (p. ej., campamentos al aire libre, Outward Bound, etc.)</i> • <i>Hipoterapia/equinoterapia (ejercicio a caballo)</i> • <i>Cajas de luz</i> • <i>Atención de custodia o atención de largo plazo (consulta la sección Definiciones)</i> • <i>Costos asociados con la activación o el mantenimiento de las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores, telecomunicaciones no interactivas, como comunicaciones por correo electrónico o servicios de telesalud asíncronos de “almacenar y enviar”</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Información importante que debes 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 108.
- Si no existe un medicamento genérico disponible, deberás pagar el monto de los costos compartidos por la marca cuando recibas un medicamento de marca.
- Si existe una sustitución genérica disponible y tú o tu proveedor solicitan un medicamento de marca, deberás hacerte cargo de los costos compartidos del nivel correspondiente, más la diferencia en los costos entre el medicamento genérico y el de marca. Si la receta del proveedor es para un medicamento de marca e indica “dispensarse como se recetó”, deberás hacerte cargo solo del costo compartido del nivel aplicable.
- Si el costo de tu medicamento con receta médica es menor que tu monto de costo compartido, solo pagas el costo de tu medicamento con receta médica.
- Recuerda 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. Consulta las páginas 114 y 115 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos especializados de Nivel 4 y Nivel 5 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). Consulta el apartado *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección (páginas 119 y 120) para obtener más información.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 65 años o más.
- Los precios de los medicamentos varían entre las diferentes farmacias minoristas, el programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad. **Revisa las opciones de compra de tus medicamentos con receta médica para obtener el mejor precio.** Tienes a tu disposición una herramienta para calcular el costo de los medicamentos en www.fepblue.org o llama a:
 - Programa de Farmacias minoristas: 800-624-5060, TTY: 800-624-5077
 - Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 800-216-5343
 - Programa de farmacias de medicamentos de especialidad: 888-346-3731, TTY: 877-853-9549
- **DEBES 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). Consulta las páginas 106 y 107 para obtener más información sobre el programa PSQM y la Sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa. Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia de pasos, que requiere que utilices un medicamento genérico o preferido antes de que se cubra un medicamento no preferido.
- Durante el año, podemos cambiar los medicamentos de marca de Nivel 2 (de marca preferidos) a Nivel 3 (de marca no preferidos) si se dispone de un equivalente genérico o si surgen nuevas inquietudes sobre su seguridad. También podemos cambiar los medicamentos de especialidad de Nivel 4 (preferidos) a Nivel 5 (no preferidos) si se dispone de un equivalente genérico o biosimilar, o si surgen nuevas inquietudes sobre su seguridad. Si tu medicamento cambia a un nivel más alto, tu costo compartido se incrementará. Consulta las páginas 114 a 116 para conocer las cantidades que pagan los miembros por las compras en farmacias minoristas preferidas, a través del servicio de envío por correo y las compras de medicamentos de

especialidad. Si tu medicamento pasa a un nivel sin cobertura, debes pagar el costo completo del medicamento. 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.
- La lista de medicamentos aprobados de la Opción Estándar y de la Opción Básica contiene una lista integral de medicamentos bajo todas las categorías terapéuticas con dos excepciones: algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos (consulta las páginas 118 y 119); también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. Para obtener más detalles, consulta las páginas 104 y 105.
- **En la Opción Estándar:**
 - Puedes utilizar el Programa de Farmacias Minoristas, el programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad para obtener tus medicamentos con receta médica.
 - No hay un deducible por año calendario para el Programa de Farmacias Minoristas, el programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.
 - Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usas un proveedor de la PPO. Cuando no hay ningún proveedor de la PPO disponible, se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO.
- **En la Opción Básica:**
 - **Debes 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.
 - Solo los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare tienen acceso al programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo.
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - Utilizamos una lista de medicamentos aprobados administrada para determinadas clases de medicamentos.

Le enviaremos a cada nuevo miembro una tarjeta de identificación del Plan, que cubre los beneficios de farmacia y médicos. Los miembros de la Opción Estándar y los miembros de la Opción Básica con cobertura primaria de la Parte B de Medicare son elegibles para utilizar el programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo y también recibirán un formulario del servicio de envío por correo y un sobre para enviar la respuesta, con nuestra dirección impresa.

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

- **Quién puede firmar tus 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 certificado con autoridad para prescribir recetas médicas dentro del alcance de su práctica, deben firmar tus recetas. Consulta la Sección 5(i) para obtener información sobre los medicamentos comprados en el extranjero.
- **Dónde puedes obtenerlas.**
En la Opción Estándar, puedes surtir las recetas en una farmacia minorista preferida, en una farmacia minorista no preferida, a través de nuestro programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o de nuestro programa de Farmacias de medicamentos de especialidad. En la Opción Estándar, pagamos un nivel mayor de beneficios cuando utilizas una farmacia minorista preferida, nuestro programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad. Consulta la página 159 para conocer la definición de “medicamentos de especialidad”.

En la Opción Básica, debes surtir las recetas solo en una farmacia minorista preferida o a través del programa de Farmacias de medicamentos de especialidad para recibir beneficios. Si tu cobertura es la cobertura primaria de la Parte B de Medicare, también puedes surtir tus recetas a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. Consulta la página 159 para conocer la definición de “medicamentos de especialidad”.

En las Opciones Estándar y Básica

Nota: El programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo no surtirá una receta que requiera aprobación previa hasta que hayas obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará tu receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir tu receta y se te enviará una carta que explique los procedimientos para obtener aprobación previa.

Nota: El programa de Farmacias de medicamentos de especialidad no surtirá una receta que requiera aprobación previa hasta que hayas obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará tu receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir tu receta y se te enviará una carta que explique los procedimientos para obtener aprobación previa.

Nota: Tanto las farmacias minoristas preferidas como las no preferidas pueden ofrecer opciones para pedir medicamentos con receta médica en línea. Los medicamentos pedidos en línea pueden entregarse en tu hogar; sin embargo, estos pedidos en línea no forman parte del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo que se describe en las páginas 115 y 116.

Nota: 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. Consulta las páginas 114 y 115 para obtener información sobre tu participación en los costos para los medicamentos de especialidad comprados en una farmacia minorista preferida afectada por estas restricciones.

- **Qué incluye la cobertura.**

En la Opción Básica, utilizamos una lista de medicamentos aprobados administrada para determinadas clases de medicamentos. Si compras un medicamento de una clase incluida en la lista de medicamentos aprobados administrada que no está en la lista de medicamentos aprobados administrada, tendrás que pagar el costo total de ese medicamento ya que ese medicamento no está cubierto dentro de tu beneficio.

En las Opciones Estándar y Básica

Nota: Ambas listas de medicamentos aprobados incluyen una lista de medicamentos preferidos que son seguros, eficaces y adecuados para nuestros miembros, y están disponibles a costos menores que los de los medicamentos no preferidos. Si tu médico recetó un medicamento no preferido más caro para ti, podemos pedirle que recete en su lugar un medicamento preferido; te alentamos a que hagas lo mismo. Si compras un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos preferidos, su costo será mayor. Tu colaboración con nuestros esfuerzos por reducir los costos ayuda a que tu prima se mantenga en un nivel asequible.

Nota: Algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos (consulta las páginas 118 y 119); también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. Si compras un medicamento, suplemento nutricional o suministro que no está cubierto, serás responsable del costo completo del artículo.

Nota: **Antes de surtir tu receta, comprueba el estado de preferido/no preferido de tu medicamento en la lista.** Con excepción de los cambios producidos por medicamentos nuevos o cuestiones de seguridad, la lista de medicamentos preferidos se actualiza periódicamente durante el año. Los cambios en la lista de medicamentos preferidos no se consideran cambios en los beneficios.

Nota: 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 la lista de medicamentos aprobados, 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 la lista de medicamentos aprobados en un nivel específico. El uso de medicamentos preferidos de menor costo te brindará el beneficio de obtener un medicamento con receta médica de alta calidad y económico.

Por lo general, nuestros niveles de pago se clasifican de la siguiente manera:

Nivel 1: incluye medicamentos genéricos

Nivel 2: incluye medicamentos de marca preferidos

Nivel 3: incluye medicamentos de marca no preferidos

Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross® and Blue Shield® para 2022

Nivel 4: incluye medicamentos de especialidad preferidos
Nivel 5: incluye medicamentos de especialidad no preferidos

Puedes consultar nuestras listas de medicamentos aprobados tanto de la Opción Estándar como de la Básica que incluyen la lista de medicamentos preferidos para cada una en nuestro sitio web en www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, para recibir ayuda. Los cambios en la lista de medicamentos aprobados 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 obtener tus medicamentos con receta médica (o los de los miembros de tu familia cubiertos por el Plan) en una farmacia minorista, a través del programa de Farmacias de medicamentos de especialidad; o, para los miembros con la Opción Estándar y para los miembros con la Opción Básica con cobertura primaria de la Parte B de Medicare, a través del programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo, autorizas al farmacéutico a sustituir el medicamento por cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la autoridad federal, a menos que tú o tu médico soliciten específicamente un medicamento de marca y la receta diga “dispensarse como se recetó”. Ten en cuenta que los **miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios**. Consulta la Sección 10, *Definiciones*, en la página 154 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 tu medicamento con receta médica, incluidos los nombres de los médicos que firman tu receta, a cualquier médico que te trate o farmacia que surta medicamentos.

• Estas son las limitaciones para surtir medicamentos.

Opción Estándar: sujeto al empaque del fabricante y a las instrucciones de quien recetó el medicamento, puedes comprar un suministro de **hasta 90 días** de medicamentos y suministros cubiertos a través del programa de Farmacias minoristas. Puedes comprar un suministro de **más de 21 días hasta 90 días** a través del Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo por un único copago.

Opción Básica: cuando surtes recetas de Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos) y Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos), puedes comprar un suministro de **hasta 30 días** por un único copago o de **hasta 90 días** por copagos adicionales, a menos que se indique lo contrario. Los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare pueden comprar un suministro de **más de 21 días hasta 90 días** a través del programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo por un único copago.

En las Opciones Estándar y Básica

Los beneficios para los medicamentos de especialidad de Nivel 4 y Nivel 5 comprados en una farmacia minorista 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. Los beneficios para los tres primeros surtidos de cada medicamento de especialidad de Nivel 4 y Nivel 5 están limitados a un suministro de 30 días. Los beneficios están disponibles para un suministro de 90 días después del tercer surtido del medicamento de especialidad. Consulta la página 116 para obtener más información.

Nota: 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 y la Prevención 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 22, 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 surtir 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. Llámamos o visita nuestro sitio web si tienes alguna pregunta acerca de los límites para surtir medicamentos. Ten en cuenta que, en el caso de una

emergencia nacional o de otro tipo, o si eres reservista o miembro de la Guardia Nacional y te convocan al servicio militar activo, debes consultarnos sobre tus necesidades de medicamentos con receta médica. Consulta la información de contacto a continuación.

Nota: 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 tu proveedor o cualquier proveedor de beneficio no de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulta las páginas 114 y 115 para obtener información sobre los surtidos de medicamentos especializados de Nivel 4 y Nivel 5 a través de una farmacia preferida.

Nota: Los beneficios para determinados medicamentos autoinmunitarios para infusión (Remicade, Renflexis e Inflectra) se brindan únicamente cuando 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). Consulta el apartado *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección (página 120) para obtener más información.

• Información de contacto importante

Programa de Farmacias minoristas: 800-624-5060, TTY: 800-624-5077;

Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 800-216-5343;

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 en la página 107, 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 tu 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 y la Prevención de Enfermedades, la Asociación Médica Americana, 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, visita nuestro sitio web en www.fepblue.org o llama 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) (consulta la página 106), **debes asegurarte de que tu médico obtenga aprobación previa para ciertos medicamentos con receta médica y suministros para utilizar tu 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. Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia de pasos, que requiere que utilices un medicamento genérico o preferido antes de que se cubra un medicamento no preferido. **La aprobación previa debe renovarse periódicamente.** Para obtener una lista de estos medicamentos y suministros, y conseguir los formularios de solicitud de aprobación previa, llama al programa de Farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077. También puedes obtener la lista y los formularios a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org. Lee la Sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.

Ten en cuenta que las actualizaciones a las listas de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa se realizan 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.

Nota: si tu receta requiere aprobación previa y aún no la has obtenido, debes 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. Consulta la

Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos con receta.

Nota: Es tu responsabilidad saber la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa para tu medicamento. Te recomendamos que trabajes con tu médico para obtener la renovación de la aprobación previa antes de la fecha de vencimiento.

Programa de Incentivo de medicamentos genéricos de la Opción Estándar

Se cancelará tu costo compartido para las 4 primeras recetas de medicamentos genéricos surtidas (o resurtidos solicitados) por medicamento si compras un medicamento de marca en la lista del programa de Incentivo de medicamentos genéricos mientras eres miembro del Plan de Beneficios de Servicio y luego cambias al reemplazo de medicamento genérico correspondiente mientras aún eres miembro del Plan.

- Si cambias de un medicamento genérico a otro, serás responsable de tu copago.

Nota: La lista de reemplazos de medicamentos genéricos elegibles puede cambiar y no se considera un cambio de beneficios. Para obtener la información más actualizada, visita www.fepblue.org/en/benefit-plans/coverage/pharmacy/generic-incentive-program o llama al:

Programa de Farmacias minoristas: 800-624-5060, TTY: 800-624-5077

Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 800-216-5343

Programa de farmacias de medicamentos de especialidad: 888-346-3731, TTY: 877-853-9549

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
<p>Nota: Para la Opción Estándar, establecemos si el deducible por año calendario se aplica o no a cada beneficio enumerado en esta sección.</p> <p>En la Opción Básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Medicamentos y suministros cubiertos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos para el asma</p> <p>Farmacias minoristas preferidas:</p> <p>Nota: Consulta la página 24 para obtener información sobre la aprobación previa.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 20 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 por cada compra de un suministro de hasta 90 días</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$35 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$105 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$30 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$90 por un suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Consulta la página 24 para obtener información sobre la aprobación previa. Debe obtener la aprobación previa antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta tu receta. Consulta las páginas 24 y 107.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 114 a 116 para conocer los beneficios de medicamentos con receta médica de los Niveles 3, 4 y 5.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$65 (sin deducible)</p>	<p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$75</p>
<p>Farmacias minoristas preferidas de medicamentos antihipertensivos:</p> <p>Nota: Consulta la página 24 para obtener información sobre la aprobación previa.</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Consulta la página 24 para obtener información sobre la aprobación previa. Debe obtener la aprobación previa antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta tu receta. Consulta las páginas 24 y 107.</p> <p>Nota: Consulta las páginas 114 a 116 para conocer los beneficios de medicamentos con receta médica de los Niveles 2, 3, 4 y 5.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$3 (sin deducible)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$3 (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 por cada compra de un suministro de hasta 90 días</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, vitaminas y minerales, y suplementos alimenticios que requieren una receta para su compra según la ley federal de los Estados Unidos <p>Nota: Consulta las páginas 112 y 113 para conocer nuestra cobertura de medicamentos para promocionar una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos medicinales, según la definición de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU., que se consumen o administran por vía enteral y están destinados al control nutricional específico de una enfermedad o afección para la cual existen requisitos nutricionales distintivos. <p>El Plan cubre fórmulas de alimentos medicinales y productos nutricionales entéricos que son solicitados por un proveedor de atención médica y son médicamente necesarios para prevenir el deterioro clínico en miembros con riesgo nutricional. (Consulta la cobertura a continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deben cumplir con la definición de alimento medicinal (consulta la definición en la página 155). - El paciente debe estar recibiendo supervisión médica activa, regular y en curso, y debe ser incapaz de controlar la afección a partir de la modificación de su dieta solamente. <p>Se proporciona cobertura de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones congénitas del metabolismo de aminoácidos hasta los 22 años - Alergia a los alimentos con dermatitis atópica, síntomas gastrointestinales, mediación de inmunoglobulina E (IgE), trastorno de malabsorción, trastorno por crisis convulsivas, retraso del desarrollo o prematuridad, cuando se administra por vía oral y es la única fuente (100%) de nutrición. Este beneficio de por vida se limita a un año después de la receta inicial o de la indicación del médico con respecto a los alimentos medicinales (p. ej., Neocate, en fórmula o polvos mezclados para preparar fórmulas) 	<p>Consulta la página 108 y las páginas 110 a 116.</p>	<p>Consulta la página 108 y las páginas 110 a 116.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>- Alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas</p> <p>Nota: Se requiere una receta médica y aprobación previa para los alimentos medicinales conforme al beneficio de farmacia. Se requieren renovaciones de la autorización previa cada año de beneficios para las alteraciones congénitas del metabolismo y la alimentación por sonda nasogástrica.</p> <p>Nota: Consulta la Sección 5(a), página 58, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas conforme al beneficio médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulina, tiras reactivas para diabéticos, lancetas y sistemas de administración de insulina sin tubo <p>Nota: Consulta la página 58 para conocer nuestra cobertura de bombas de insulina con tubos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos • Factores de coagulación y complejos antiinhibidores para el tratamiento de la hemo filia 	<p>Consulta la página 108 y las páginas 110 a 116.</p>	<p>Consulta la página 108 y las páginas 110 a 116.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco que requieren una receta según la ley federal <p>Nota: Proporcionamos beneficios para medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco de venta libre (OTC) únicamente según lo descrito en la página 117.</p> <p>Nota: Es posible que seas elegible para recibir medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco sin ningún cargo. Consulta la página 117 para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, excepto según lo descrito en las páginas 118 y 119 • Medicamentos para tratar la disforia de género (antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina [GnRH] y testosteronas) • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Diafragmas y anillos anticonceptivos - Anticonceptivos inyectables - Dispositivos intrauterinos (DIU) - Implantes anticonceptivos - Anticonceptivos orales y transdérmicos <p>Nota: No aplicaremos tu costo compartido a los anticonceptivos genéricos ni a los anticonceptivos de marca que no tengan equivalente genérico o alternativa genérica, cuando los compres en una farmacia minorista preferida o, para miembros de la Opción Estándar y la Opción Básica con cobertura primaria de la Parte B de Medicare, a través del programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. Para obtener más detalles, consulta las páginas 115 y 116.</p>	<p>Consulta a continuación y las páginas 111 a 117.</p>	<p>Consulta a continuación y las páginas 111 a 117.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC) para mujeres únicamente, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Píldoras anticonceptivas de emergencia - Condones femeninos - Espermicidas - Esponjas 	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>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, debes utilizar una farmacia minorista y presentar una receta por escrito de tu médico al farmacéutico.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<p>Vacunas cuando son suministradas por una farmacia minorista preferida que participa en nuestra red de vacunas (consulta a continuación) y administradas según la ley estatal aplicable y los requisitos de certificación de farmacias. Consulta las páginas 43 y 45 para conocer información específica sobre la cobertura.</p> <p>Nota: nuestra red de vacunas es una red de farmacias minoristas preferidas que tienen acuerdos con nosotros para administrar una o más vacunas de rutina. Consulta a tu farmacia o llama a nuestro Programa de farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077 para saber qué vacunas puede proporcionar tu farmacia.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: No pagas nada por las vacunas contra la influenza (gripe) obtenidas en farmacias minoristas no preferidas.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Tú pagas todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: No pagas nada por las vacunas contra la influenza (gripe) obtenidas en farmacias minoristas no preferidas.</p>
<p>Programa de Medidor de Diabetes</p> <p>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, debes 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 del programa están sujetos a cambios.</p> <p>Para pedir tu kit de medidor de glucosa gratuito, llama sin cargo al 855-582-2024, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este, o visita nuestro sitio web en www.fepblue.org. Recibirás tu kit de medidor seleccionado dentro de 7 o 10 días una vez que realices el pedido.</p> <p>Nota: comunícate con tu médico para obtener una nueva receta para las tiras de pruebas y lancetas para utilizar con el nuevo medidor. Consulta la página 112 para obtener más información.</p>	<p>Nada para un kit de medidor de glucosa pedido a través del Programa de Medidor de Diabetes</p>	<p>Nada para un kit de medidor de glucosa pedido a través del Programa de Medidor de Diabetes</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
Se brindarán beneficios para jeringas, plumas, agujas para inyector tipo pluma y tiras reactivas según el Nivel 2 (medicamentos y suministros para la diabetes) a los miembros de la Opción Estándar y los miembros de la Opción Básica con cobertura primaria de la Parte B de Medicare a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de Envío por Correo. Consulta las páginas 115 y 116 para obtener más información.	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p>Medicamentos para promover 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Nota: No hay beneficios disponibles para acetaminofeno, ibuprofeno, naproxeno, etc.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>
<p>Nota: Los beneficios para los medicamentos enumerados en la página anterior están sujetos a las limitaciones para surtir medicamentos descritos en la página 106 y están limitados a los límites recetados recomendados.</p> <p>Nota: Para recibir los beneficios, debes utilizar una farmacia minorista preferida y presentar una receta por escrito de tu médico al farmacéutico.</p> <p>Nota: Tienes a tu disposición una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) por Internet en www.healthcare.gov/preventive-care-benefits. Consulta las páginas 42 a 46 en la Sección 5(a) para más información sobre otros servicios de atención preventiva cubiertos.</p> <p>Nota: Consulta la página 117 para conocer nuestra cobertura de los medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos genéricos 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</p> <p>Nota: Tu médico debe enviar un formulario de solicitud de cobertura completado a CVS Caremark antes de surtir tu receta. Llama a CVS Caremark al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, para solicitar este formulario. También puedes obtener el formulario de solicitud de cobertura a través de nuestro sitio web www.fepblue.org.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: nada (sin deducible)</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: nada</p>
<p>Cubrimos la primera receta surtida de ciertos medicamentos para la preparación intestinal en las pruebas de detección de cáncer colorrectal sin costo compartido para el miembro. También cubrimos ciertos medicamentos de terapia antirretroviral para el VIH para las personas en riesgo de contraerlo, pero que no tienen VIH. Puedes ver la lista de medicamentos cubiertos en nuestro sitio web www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077 para recibir ayuda.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: nada (sin deducible)</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: nada</p>
<p>Agentes para revertir los efectos de opioides: medicamentos de Nivel 1, limitados al aerosol nasal de Narcan y la naloxona genérica inyectable</p> <p>Farmacias minoristas preferidas</p>	<p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario (sin deducible)</p> <p>Nota: Cuando hayas 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.</p>	<p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario.</p> <p>Nota: Cuando hayas 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.</p>
<p>Farmacias minoristas no preferidas</p>	<p>tú pagas todos los cargos</p>	<p>tú pagas todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Agentes para revertir los efectos de opioides (continuación)</i></p> <p>Programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo</p>	<p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario (sin deducible)</p> <p>Nota: Cuando hayas 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.</p>	<p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario.</p> <p>Nota: Cuando hayas 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.</p>
<p>Aquí te mostramos cómo obtener tus medicamentos con receta médica y suministros:</p> <p>Farmacias minoristas preferidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegúrate de tener tu tarjeta de identificación del Plan en el momento de la compra de tu receta. • Dirígete a cualquier farmacia minorista preferida. • Visita el sitio web de tu farmacia minorista para solicitar tus recetas en línea o mediante el servicio de pedidos por correo, si se encuentra disponible. • Para obtener una lista de las farmacias minoristas preferidas, llama al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, o visita nuestro sitio web www.fepblue.org. <p>Nota: Las farmacias minoristas que son preferidas para medicamentos con receta médica no son necesariamente preferidas para DME, equipo médico duradero y suministros médicos. Para recibir beneficios preferidos para DME y suministros médicos cubiertos, debes usar un proveedor preferido de DME o suministros médicos. Consulta la Sección 5(a) para conocer los niveles de beneficios que se aplican a DME y suministros médicos.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$7.50 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$22.50 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nota: Tú pagas un copago de \$5 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$15 por un suministro de 31 a 90 días) cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario.</p> <p>Nota: Puedes ser elegible para recibir tus 4 primeras recetas surtidas de medicamentos genéricos (o resurtidos solicitados) sin ningún cargo cuando cambias de un determinado medicamento de marca al reemplazo de medicamento genérico correspondiente. Consulta la página 107 para obtener información.</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 30 % de la cantidad autorizada por el Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$10 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$30 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$55 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$165 por un suministro de 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 60 % de la cantidad autorizada por el Plan (mínimo de \$75) por cada compra de suministros de hasta 30 días (mínimo de \$210 por suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 4 (medicamento de especialidad preferido): copago de \$85 limitado a una compra por un suministro de hasta 30 días</p> <p>Nivel 5 (medicamento de especialidad no preferido): copago de \$110 limitado a una compra por un suministro de hasta 30 días</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Los beneficios para los medicamentos de especialidad de Nivel 4 y Nivel 5 comprados en una farmacia 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. Consulta la página 116 para obtener más información.</p> <p>Nota: 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 obtenidos en una farmacia minorista, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos con receta médica al centro de salud sea una farmacia preferida. Para obtener información sobre los beneficios relacionados con medicamentos con receta médica suministrados por farmacias minoristas no preferidas, consulta la página 115.</p>	<p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 50 % de la cantidad autorizada por el Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 4 (medicamento de especialidad preferido): 30 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p> <p>Nivel 5 (medicamento de especialidad no preferido): 30 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p>	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos): consulta la explicación anterior</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$50 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$150 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 50 % de la cantidad autorizada por el Plan (mínimo de \$60) por cada compra de suministros de hasta 30 días (mínimo de \$175 por suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Nota: Para obtener una lista de las farmacias de atención de largo plazo de la red preferida, llama al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077.</p> <p>Nota: Para los fines de la coordinación de beneficios, si necesitas una declaración de los beneficios para farmacias minoristas preferidas para presentar reclamos en tu otra cobertura cuando este Plan es el pagador primario, llama al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 800-624-5077, o visita nuestro sitio web www.fepblue.org.</p> <p>Nota: Cancelaremos tu costo compartido para las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y anticonceptivos de marca que no tengan un equivalente genérico ni una alternativa genérica.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nivel 4 (medicamento de especialidad preferido): copago de \$80 limitado a una compra por un suministro de hasta 30 días</p> <p>Nivel 5 (medicamento de especialidad no preferido): copago de \$100 limitado a una compra por un suministro de hasta 30 días</p>
<p>Farmacias minoristas no preferidas</p>	<p>45 % de la cantidad autorizada por el Plan (Precio Mayorista Promedio [Average Wholesale Price, AWP]), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado (sin deducible)</p>	<p>Todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Si utilizas una farmacia minorista no preferida, debes 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. Consulta la Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos con receta.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>
<p>Programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo</p> <p>En el caso de los miembros de la Opción Estándar y la Opción Básica cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, si tu médico solicita medicamentos o suministros cubiertos para más de 21 días, hasta 90 días, puedes utilizar este servicio para tus medicamentos con receta y resurtidos.</p> <p>Consulta la Sección 7 para conocer las instrucciones sobre cómo utilizar el programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo.</p> <p>Nota: Consulta la página 24 para obtener información sobre la aprobación previa. Debe obtener la aprobación previa antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta tu receta. Consulta las páginas 24 y 107.</p> <p>Nota: No todos los medicamentos están disponibles a través del programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. No hay medicamentos de especialidad disponibles a través del programa de Servicio de envío por correo.</p> <p>Nota: Consulta la página 116 para obtener información sobre el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$15 (sin deducible)</p> <p>Nota: Tú pagas un copago de \$10 por recetas surtidas de medicamentos genéricos (o resurtidos solicitados) cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario.</p> <p>Nota: Puedes ser elegible para recibir tus 4 primeras recetas surtidas de medicamentos genéricos (o resurtidos solicitados) sin ningún cargo cuando cambias de un determinado medicamento de marca al reemplazo de medicamento genérico correspondiente. Consulta la página 107 para obtener información.</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$90 (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): copago de \$125 (sin deducible)</p>	<p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$20</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$100</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): copago de \$125</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare no es el pagador primario: Sin beneficios</p> <p>Nota: Si bien no tienes acceso al programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo, puedes solicitar la entrega a domicilio de medicamentos con receta médica que compras en farmacias minoristas preferidas que ofrecen opciones de pedidos en línea. Consulta la página 108 de esta sección para conocer nuestros niveles de pago por medicamentos obtenidos a través de farmacias minoristas preferidas.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Cancelaremos tu costo compartido para las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y anticonceptivos de marca que no tengan un equivalente genérico ni una alternativa genérica.</p> <p>Comunícate con nosotros: si tienes preguntas sobre este programa o necesitas ayuda con tus pedidos de medicamentos por correo, llama al 800-262-7890, TTY: 800-216-5343.</p> <p>Nota: Si el costo de tu receta es menor que tu copago, solo pagas el costo de tu receta. El programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo te cobrará el costo menor entre el costo del medicamento con receta y el copago cuando hagas tu pedido. Si ya has enviado tu copago, te acreditarán cualquier diferencia a tu cuenta.</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p>Programa de farmacias de medicamentos de especialidad</p> <p>Cubrimos los medicamentos de especialidad que se enumeran en la Lista de medicamentos de especialidad del Plan de Beneficios de Servicio. Esta lista está sujeta a cambios. Para obtener la lista más actualizada, llama al número de teléfono que figura a continuación o visita nuestro sitio web, www.fepblue.org.</p> <p>(Consulta la página 159 para conocer la definición de “medicamentos de especialidad”).</p> <p>Cada vez que pidas un nuevo medicamento de especialidad o resurtido, un representante de Farmacias de Medicamentos de Especialidad trabajará contigo para coordinar el tiempo de entrega y lugar más conveniente para ti, y te preguntará sobre cualquier efecto secundario que puedas estar experimentando. Consulta la página 138 para obtener más detalles sobre el programa.</p> <p>Nota: Los beneficios para los tres primeros surtidos de cada medicamento de especialidad de Nivel 4 y Nivel 5 están limitados a un suministro de 30 días. Los beneficios están disponibles para un suministro de 31 a 90 días después del tercer surtido.</p>	<p>Nivel 4 (medicamento de especialidad preferido): copago de \$65 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$185 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nivel 5 (medicamento de especialidad no preferido): copago de \$85 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$240 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)</p>	<p>Nivel 4 (medicamento de especialidad preferido): copago de \$85 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$235 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 5 (medicamento de especialidad no preferido): copago de \$110 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$300 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, tú pagas lo siguiente:</p> <p>Nivel 4 (medicamento de especialidad preferido): copago de \$80 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$210 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 5 (medicamento de especialidad no preferido): copago de \$100 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$255 por un suministro de 31 a 90 días)</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Debido a restricciones del fabricante, solo se podrá acceder a una pequeña cantidad de medicamentos de especialidad a través de una farmacia minorista preferida. Eres responsable de pagar solo los copagos que aquí se indican para los medicamentos de especialidad afectados por estas restricciones.</p> <p>Comunícate con nosotros: si tienes preguntas sobre este programa o necesitas ayuda con los pedidos de medicamentos de especialidad, llama al 888-346-3731 (TTY: 877-853-9549).</p>	Consulta la página anterior	Consulta la página anterior
<p>Medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco</p> <p>Si eres miembro cubierto, puedes ser elegible para obtener medicamentos sin cargo para dejar de fumar y usar tabaco de marca y genéricos con receta. Además, es posible que seas elegible para obtener medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco de venta libre (OTC), recetados por el médico, sin ningún cargo.</p> <p>Estos beneficios solo se encuentran disponibles cuando utilizas una farmacia minorista preferida. Para calificar, crea un Plan para dejar de fumar con nuestro asesor de salud en línea. Consulta la página 125 para obtener más información.</p> <p>Nota: puede haber restricciones de edad según las pautas de la FDA de los EE. UU. con respecto a estos medicamentos.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: tú pagas todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los siguientes medicamentos están cubiertos a través de este programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos disponibles por receta: <ul style="list-style-type: none"> - Bupropion (liberación prolongada) de 150 mg en comprimidos - Bupropion (liberación sostenida) de 150 mg en comprimidos • Medicamentos de marca disponibles por receta: <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Nota: Para recibir los beneficios de medicamentos para dejar de fumar y consumir tabaco de venta libre (OTC), debes tener la receta de un médico para cada medicamento OTC que debe ser surtido por un farmacéutico en una farmacia minorista preferida.</p> <p>Nota: Estos beneficios se aplican solo cuando se cumple con todos los criterios enumerados anteriormente. Se aplicarán los beneficios normales de medicamentos con receta médica para las compras de medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco que no cumplan con estos criterios. Los beneficios no están disponibles para medicamentos para dejar de fumar y consumir tabaco de venta libre (OTC) con excepción de lo descrito anteriormente.</p> <p>Nota: Consulta la página 61 para conocer nuestra cobertura para el tratamiento, la orientación y las clases para dejar de fumar.</p>	<p>Consulta la página anterior</p>	<p>Consulta la página anterior</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>No están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Remicade, Renflexis e Inflectra no están cubiertos para las recetas surtidas en una farmacia minorista ni a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacia de medicamentos de especialidad.</i> • <i>Suministros médicos, como vendajes y antisépticos</i> • <i>Medicamentos y suministros para fines estéticos</i> • <i>Medicamentos y suministros para perder peso</i> • <i>Medicamentos para ortodoncia, implantes dentales y tratamiento de la enfermedad periodontal</i> • <i>Medicamentos utilizados junto con procedimientos de tecnología de reproducción asistida (ART) e inseminación asistida</i> • <i>Insulina y suministros para la diabetes, excepto cuando se obtienen de una farmacia minorista o a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo, o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario (consulta las páginas 58 y 110)</i> • <i>Medicamentos y suplementos alimenticios administrados oralmente que no requieren receta según la ley federal, incluso si los receta tu médico o si se exige una receta en virtud de la ley estatal</i> <p><i>Nota: Consulta la página 112 para conocer nuestra cobertura de medicamentos recomendados según la Ley de Cuidado de Salud Asequible, y la página 117 para conocer los medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Los alimentos medicinales administrados oralmente no tienen cobertura si no se obtienen en una farmacia minorista o a través del Programa de Medicamentos con Receta Médica del Servicio de envío por correo.</i> <p><i>Nota: Consulta la Sección 5(a), página 58, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales cuando son administrados por catéter o sonda nasogástrica.</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>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</i> <p><i>Nota: Consulta la Sección 5(a), página 58, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fórmulas para bebés, excepto las que se describen en las páginas 58 y 109</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos para los que se ha negado o no se ha obtenido aprobación previa</i> • <i>Medicamentos y suministros relacionados con la disfunción sexual o la insuficiencia sexual</i> • <i>Medicamentos y suministros cubiertos relacionados con los medicamentos para el tratamiento de la disforia de género si no se obtienen de una farmacia minorista o a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o del programa de Farmacias de medicamentos de especialidad, tal como se describe en la página 110</i> • <i>Medicamentos comprados por correo o Internet en farmacias fuera de los Estados Unidos por miembros que se encuentran en los Estados Unidos</i> • <i>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC), excepto según lo descrito en la página 110</i> • <i>Medicamentos utilizados para interrumpir el embarazo</i> • <i>Medicamentos sublinguales de desensibilización de la alergia, excepto como se describe en la página 51</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos obtenidos de otras fuentes	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los medicamentos con receta médica y suministros cubiertos no obtenidos en una farmacia minorista, a través del Programa de Farmacias de medicamentos de especialidad o para los miembros de la Opción Estándar y de la Opción Básica con cobertura primaria de la Parte B de Medicare, a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. Esto incluye los medicamentos y suministros cubiertos únicamente por el beneficio médico.</p> <p>Nota: Cubrimos los medicamentos y suministros comprados en el extranjero conforme a lo aquí estipulado, siempre que sean el equivalente de los medicamentos y suministros que, según la ley federal de los Estados Unidos, requieren una receta. Consulta la página 131 en la Sección 5(i) para obtener más información.</p> <p>Nota: Para los medicamentos con receta médica y suministros cubiertos comprados fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., debes presentar los reclamos en un formulario de reclamo por servicios en el extranjero. Consulta la Sección 5(i) para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta las secciones indicadas para obtener más información sobre los beneficios relacionados con los medicamentos obtenidos de otras fuentes: <ul style="list-style-type: none"> - consultorio médico – Sección 5(a); - centro de salud (paciente hospitalizado o ambulatorio) – Sección 5(c); - centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) – Sección 5(c). • Consulta la página 114 para obtener información sobre medicamentos con receta médica obtenidos en una farmacia minorista preferida facturados por un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada. 	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional no participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Proveedor profesional participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

Medicamentos obtenidos de otras fuentes (continúa en la página siguiente)

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Medicamentos obtenidos de otras fuentes (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para infusión para enfermedades autoinmunitarias: Remicade, Renflexis e Inflectra <p>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).</p>	<p>Preferido: 10 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional participante: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional no participante: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Centros de salud Miembros: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Proveedor profesional participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: tú pagas todos los cargos</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: tú pagas todos los cargos</p>

Sección 5(g). Beneficios dentales

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

- Recuerda 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 estás inscrito en un Plan Dental del Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (Federal Employees Dental/Vision Insurance Program, FEDVIP), tu Plan de FEHB será el pagador primario para cualquier servicio cubierto y tu Plan de FEDVIP será el pagador secundario de tu Plan de FEHB. Consulta la Sección 9, *Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura*, para obtener información adicional.
- Lee la Sección 4, *Tus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lee la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura o si tienes 65 años o más.
- Nota: Cubrimos atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como la anestesia administrada en el centro de salud, para el tratamiento de niños hasta los 22 años con caries dentales graves. Cubrimos estos servicios 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 (incluso si el procedimiento dental en sí no se encuentra cubierto). Consulta la Sección 5(c) para conocer los beneficios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible por año calendario de \$350 por persona (\$700 por inscripción del solicitante y una persona o el solicitante y su familia) se aplica solo al beneficio para las lesiones producidas en un accidente que aparece a continuación.
- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debes utilizar proveedores Preferidos para recibir beneficios, excepto en el caso de la atención dental requerida como resultado de alguna de las lesiones producidas en un accidente según se describe a continuación.**

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
	Opción Estándar	Opción Básica
Beneficio para lesiones producidas en un accidente		
Proporcionamos beneficios para los servicios, suministros o aparatos para atención dental necesarios para tratar sin demora las lesiones en dientes naturales sanos producidas en un accidente o relacionadas directamente con accidentes. Para determinar la cobertura del beneficio, es posible que requiramos documentación de la afección de los dientes antes de la lesión producida en el accidente, documentación de la lesión de parte de tu(s) proveedor(es) y un plan de tratamiento para tu atención dental. Es posible que solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que tu tratamiento avanza.	<p>Preferido: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la cantidad autorizada por el Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p>	<p>Copago de \$30 por evaluaciones bucales asociadas</p> <p>30 % de la cantidad autorizada por el Plan por cualquier otra atención</p> <p>Nota: Proporcionamos beneficios para la atención dental por una lesión producida en un accidente en casos de emergencia médica cuando son proporcionados por proveedores preferidos o no preferidos. Consulta la Sección 5(d) para conocer los criterios que utilizamos para decidir si se requiere atención de emergencia. Eres responsable de pagar el costo compartido correspondiente que se muestra más arriba.</p>

Beneficio para lesiones producidas en un accidente (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Tú pagas	
Beneficio para lesiones producidas en un accidente (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Una lesión producida en un accidente 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 comes no se consideran lesiones producidas en un accidente.</p> <p>Nota: 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 producida en un accidente. Para 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.</p>	<p>Continúa desde la página anterior: Nota: En la Opción Estándar, primero, proporcionamos los beneficios como se indica en la Lista de cantidades autorizadas para servicios dentales de las páginas siguientes. Luego, pagamos los beneficios que se indican en este cuadro para los saldos correspondientes</p>	<p>Continúa desde la página anterior: Si usas un proveedor no preferido, también puedes ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado. Nota: Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios.</p>

Beneficios dentales

Qué incluye la cobertura

Los beneficios dentales de la **Opción Estándar** se presentan en el cuadro de la página siguiente.

Los beneficios dentales de la **Opción Básica** figuran en la página 124.

Nota: Consulta la Sección 5(b) para conocer nuestros beneficios para cirugía bucal y maxilo facial, y la Sección 5(c) para obtener información sobre nuestros beneficios para servicios en hospital (para pacientes hospitalizados/ambulatorios) en relación con los servicios dentales, disponibles tanto en la Opción Estándar como en la Opción Básica.

Red dental preferida

Todos los Planes Locales contratan a dentistas preferidos que están disponibles en la mayoría de las áreas. Los dentistas preferidos aceptan recibir una cantidad negociada que incluye un descuento, llamado “máximo cargo permitido” (Maximum Allowable Charge, MAC), como pago total por los siguientes servicios. También presentarán tus reclamos de servicios dentales por ti. En la Opción Estándar, tú eres responsable de pagar, como gasto de desembolso directo, la diferencia entre la cantidad especificada en esta Lista de cantidades autorizadas para servicios dentales y el MAC. Para encontrar un dentista preferido en tu área, ingresa en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación. También puedes llamarnos para obtener una copia de la lista MAC correspondiente.

Nota: Los dentistas y los cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida para atención dental de rutina no son necesariamente proveedores preferidos para otros servicios cubiertos por este Plan según otras disposiciones de beneficios (como el beneficio quirúrgico para la cirugía bucal y maxilo facial). Llámanos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de tu tarjeta de identificación para verificar que tu proveedor es Preferido para el tipo de atención (p. ej., atención dental de rutina o cirugía bucal) que tienes programado recibir.

Beneficios dentales de la Opción Estándar

En la Opción Estándar, pagamos los cargos facturados para los siguientes servicios, hasta las cantidades que se indican por servicio en la Lista de cantidades autorizadas para servicios dentales que figuran a continuación y en las páginas siguientes. Esta es una lista completa de los servicios dentales cubiertos a través de este beneficio para la Opción Estándar. No hay deducibles, copagos ni coseguros. Cuando utilizas dentistas no preferidos, pagas todos los cargos que excedan las cantidades que figuran en nuestra lista de cargos. Con dentistas preferidos, pagas la diferencia entre la cantidad de la lista de cargos y el MAC (consulta la página 122).

Beneficios dentales de la Opción Estándar	Opción Estándar únicamente			
	Servicio cubierto	Pagamos hasta los 13 años	Pagamos desde los 13 años y más	Tú pagas
Exámenes bucales clínicos				<p>Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda.</p> <p>Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, tú pagas la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).</p>
Examen bucal periódico (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$12	\$8		
Examen bucal limitado	\$14	\$9		
Examen bucal integral	\$14	\$9		
Examen bucal detallado y completo	\$14	\$9		
Diagnóstico por imágenes				<p>Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda.</p> <p>Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, tú pagas la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).</p>
Serie completa intrabucal	\$36	\$22		
Tratamiento paliativo				<p>Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda.</p> <p>Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, tú pagas la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).</p>
Tratamiento paliativo para el dolor dental (procedimiento menor)	\$24	\$15		
Restauración protectora	\$24	\$15		
Servicios preventivos				<p>Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda.</p> <p>Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, tú pagas la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).</p>
Profilaxis, adultos (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	---	\$16		
Profilaxis, niños (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$22	\$14		
Aplicación tópica de fluoruro o barniz con fluoruro (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$13	\$8		
<i>No están cubiertos: ningún servicio que no esté incluido específicamente en la lista anterior</i>	<i>Nada</i>	<i>Nada</i>	<i>Todos los cargos</i>	

Beneficios dentales de la Opción Básica

En la Opción Básica, proporcionamos beneficios por los servicios que figuran a continuación. Tú pagas un copago de \$30 por cada evaluación y nosotros pagamos cualquier saldo hasta el máximo cargo permitido (MAC; consulta la página 122). Esta es una lista completa de los servicios dentales cubiertos a través de este beneficio para la Opción Básica. **Debes** utilizar un dentista preferido para recibir beneficios. Para obtener una lista de dentistas preferidos, ingresa en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

Beneficios dentales de la Opción Básica	Opción Básica únicamente	
Servicio cubierto	Nosotros pagamos	Tú pagas
Exámenes bucales clínicos		
Examen bucal periódico*	Preferido: todos los cargos que excedan tu copago de \$30	Preferido: copago de \$30 por examen
Examen bucal limitado	Participante/no participante: nada	Participante/no participante: tú pagas todos los cargos
Examen bucal integral*		
*Los beneficios se limitan a un total combinado de 2 exámenes por persona por año calendario.		
Diagnóstico por imágenes		
Intrabucal – serie completa incluidas radiografías bitewing (<i>límite de 1 serie completa cada 3 años</i>)	Preferido: todos los cargos que excedan tu copago de \$30	Preferido: copago de \$30 por examen
	Participante/no participante: nada	Participante/no participante: tú pagas todos los cargos
Servicios preventivos		
Profilaxis – adultos (<i>hasta 2 por año calendario</i>)	Preferido: todos los cargos que excedan tu copago de \$30	Preferido: copago de \$30 por examen
Profilaxis – niños (<i>hasta 2 por año calendario</i>)	Participante/no participante: nada	Participante/no participante: tú pagas todos los cargos
Aplicación tópica de fluoruro o barniz con fluoruro, para niños únicamente (<i>hasta 2 por año calendario</i>)		
Selladores, por diente, solo primer y segundo molar (<i>una vez por diente para niños de hasta 16 años únicamente</i>)		
<i>No están cubiertos: ningún servicio que no esté incluido específicamente en la lista anterior</i>	<i>Nada</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales

Característica especial	Descripción
<p>Herramientas de salud</p>	<p>Conéctate con tu salud y recibe las respuestas que necesitas cuando las necesitas utilizando las Herramientas de salud las 24 horas del día, los 365 días del año. Ingresa en www.fepblue.org o llama al número gratuito 888-258-3432 para comprobar estos valiosos servicios fáciles de usar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habla directamente con un enfermero registrado en cualquier momento del día o la noche, por teléfono, correo electrónico seguro o chat en vivo. Pregunta y obtén asesoramiento médico. Ten en cuenta que los beneficios por cualquier servicio de atención médica que puedas solicitar luego de utilizar las Herramientas de salud están sujetos a los términos de tu cobertura en virtud de este Plan. • Registro de salud personal: accede a tu registro seguro de salud personal en línea para obtener información relacionada con los medicamentos que utilizas, los resultados de exámenes recientes y las citas médicas. Actualiza, almacena y realiza un seguimiento de la información relacionada con tu salud en cualquier momento. • Evaluación de Salud de Blue: completa este cuestionario en línea sobre salud y estilo de vida, y recibe ayuda adicional con tus gastos de atención médica. Consulta a continuación y la página 126 para obtener más información. • Asesor de salud en línea (OHC): controla tu salud de manera proactiva al establecer y administrar objetivos de salud, elabora un plan de atención, lleva un registro de tu evolución y realiza actividades saludables. El asesor de salud en línea (Online Health Coach, OHC) ofrece a los miembros una combinación de orientación, apoyo y recursos. • Programa de incentivo para dejar de consumir tabaco: si quieres dejar de fumar, puedes participar en este programa y recibir productos para dejar de consumir tabaco sin cargo. Crea un Plan para dejar de fumar con nuestro asesor de salud en línea. Es posible que seas elegible para recibir determinados medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco sin cargo. Tanto los productos para dejar de fumar con receta como los de venta libre (OTC) que se obtengan de una farmacia minorista preferida están incluidos en este programa. Consulta la página 117 para obtener más información. Nota: puede haber restricciones de edad según las pautas de la FDA de los EE. UU. con respecto a estos medicamentos. • Temas de salud y videos en WebMD 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.
<p>Servicios para personas sordas y con problemas de audición</p>	<p>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.</p>
<p>Acceso a la web para personas con problemas de la vista</p>	<p>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.</p>
<p>Beneficio para viajes/servicios en el extranjero</p>	<p>Consulta la Sección 5(i) para obtener información sobre los beneficios y los reclamos para la atención que recibes fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.</p>
<p>Healthy Families</p>	<p>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, ingresa en www.fepblue.org.</p>

<p>Programa para el manejo de la diabetes</p>	<p>El Programa para el manejo de la diabetes es un programa que ayuda a los miembros con diabetes a controlar su afección. Todos los miembros con diabetes tipo 1 y tipo 2, incluidos aquellos que tienen a Medicare como cobertura primaria, son elegibles para este programa. Recibirás un medidor de glucosa gratuito y se te enviarán tiras reactivas y lancetas sin límite directamente a tu hogar. La repetición automática de pedidos se basa en tu uso. También se proporciona asistencia y orientación personalizados. El programa ofrece intervenciones en vivo que se activan por alertas agudas según los resultados de la prueba de tu medidor de glucosa. La asistencia al miembro se ofrece las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Para obtener más información, ingresa en www.fepblue.org/diabetes.</p>
<p>Evaluación de salud de Blue</p>	<p>El cuestionario Evaluación de salud de Blue (Blue Health Assessment, 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 tu BHA, puedes seleccionar objetivos personalizados, recibir asesoramiento de apoyo y llevar fácilmente un registro de tu progreso a través de nuestro asesor de salud en línea.</p> <p>Cuando completas tu BHA, tienes derecho a recibir una cuenta de salud de \$50 para utilizar en la mayoría de gastos médicos calificados. Para aquellas personas con cobertura para el solicitante y una persona o el solicitante y su familia, tanto el titular del contrato como su cónyuge son elegibles para recibir la cuenta de salud de \$50. Enviaremos a cada miembro elegible una tarjeta de débito para que acceda a su cuenta. Conserva tu tarjeta para usarla en el futuro, incluso si utilizas todo el dinero de tu cuenta de salud, ya que podrías ser elegible para recibir incentivos de bienestar en años de beneficios posteriores. No enviamos tarjetas nuevas a los participantes continuos hasta el vencimiento de la tarjeta. Si dejas el Plan de Beneficios de Servicio, perderás el dinero restante en tu cuenta.</p> <p>Además de la cuenta de salud de \$50, tienes derecho a recibir un máximo de \$120 en crédito adicional a tu cuenta de salud por completar hasta tres objetivos personalizados. Después de completar la BHA, puedes acceder al Entrenador de Salud en línea para establecer metas personalizadas, diseñadas para mejorar tu salud mediante el aumento del ejercicio, hábitos de nutrición más saludables, el control de peso, la reducción del estrés, una mejor salud emocional o metas que se concentran en el manejo de una afección específica. Agregaremos \$40 a tu cuenta de salud por cada objetivo alcanzado, hasta un máximo de tres objetivos por año. Al completar la BHA y un máximo de tres objetivos, puedes recibir hasta un total de \$170 en dólares de la cuenta de salud. Debes completar la BHA y tus objetivos seleccionados durante el año calendario para recibir estos incentivos.</p> <p>El dinero en la cuenta de salud está disponible solo cuando completas los objetivos relacionados con el ejercicio, la nutrición, el control del peso, el estrés y la salud emocional, enfermedades del corazón, insuficiencia cardíaca, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma, y están limitados a un máximo de tres objetivos completados por año calendario.</p> <p>Nota: A fin de que recibas los incentivos, debes completar todas las actividades elegibles antes del 31 de diciembre de 2021. Reserva bastante tiempo para completar todas las actividades para esta fecha.</p> <p>Visita nuestro sitio web, www.fepblue.org, para obtener más información y completar la BHA, de manera que recibas tus resultados individuales y comiences a trabajar para lograr tus objetivos. También puedes solicitar una BHA impresa si llamas a la línea gratuita 888-258-3432.</p>

<p>Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes</p>	<p>El Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes está diseñado para estimular a los miembros para lograr y mantener el control de su azúcar en sangre y ayudar a controlar o aminorar la progresión de las complicaciones relacionadas con la diabetes. A través de este programa puedes obtener un máximo de \$100 para una cuenta de salud para utilizar en la mayoría de gastos médicos calificados. Este incentivo es adicional a otros incentivos descritos en este folleto y está disponible para todos los miembros adultos cubiertos, mayores de 18 años. Para calificar para el Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes, cada miembro elegible debe tener procesado al menos un reclamo médico durante los últimos 12 meses con un diagnóstico informado de diabetes y completar los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarnos los resultados del análisis de laboratorio de HbA1c realizados en los 6 primeros meses del año calendario (del 1.º de enero al 30 de junio) para recibir un incentivo de \$25. • Proporcionarnos los resultados del análisis de laboratorio de HbA1c realizados en los 6 últimos meses del año calendario (del 1.º de julio al 31 de diciembre) para recibir un incentivo de \$75; los resultados de los análisis deben mostrar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Tu resultado de HbA1c es inferior al 8 por ciento. - Si tu HbA1c es mayor o igual al 8 por ciento, recibirás el incentivo si proporcionamos beneficios para tres visitas de orientación nutricional realizadas durante el año calendario. Nota: Consulta las páginas 43 y 46 para obtener información sobre la orientación nutricional. <p>Se puede encontrar información sobre cómo presentar tus resultados de análisis de laboratorio de HbA1c en nuestro sitio web, www.fepblue.org/diabetes. Consulta la página 111 para obtener información sobre el Programa de Medidor de Diabetes.</p>
<p>Programa de Manejo de la Hipertensión</p>	<p>El Programa de Manejo de la Hipertensión brinda a los miembros mayores de 18 años 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 se encuentra disponible para el titular del contrato y su cónyuge, si reúnen los siguientes requisitos.</p> <p>Se te inscribirá en el programa automáticamente y se te informará sobre tu elegibilidad para recibir un BPM gratuito después de que se cumplan los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completas la Evaluación de Salud de Blue (BHA) e indicas que te han diagnosticado hipertensión. • Al menos se ha procesado un reclamo médico durante los últimos 12 meses con un diagnóstico informado de hipertensión. <p>Una vez que cumplas con estos criterios, recibirás una carta que te notificará sobre tu elegibilidad para el BPM gratuito. Eres elegible para recibir un BPM gratuito cada dos años calendario. Debes seguir las instrucciones en la carta, lo que incluye llevar la carta a tu proveedor de atención médica. Tu proveedor es responsable de documentar tu lectura de presión arterial más reciente y de identificar el tamaño de BPM adecuado para ti.</p> <p>Debes 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, llama al número de teléfono que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación. Consulta la página 108 para obtener información sobre los medicamentos antihipertensivos genéricos preferidos.</p>

<p>Programa de Incentivos de Atención del Embarazo</p>	<p>El Programa de Incentivos de atención del embarazo está diseñado para fomentar el cuidado prenatal temprano y continuo que mejora el peso del bebé al nacer y la disminución del riesgo de parto prematuro. Las miembros embarazadas pueden recibir una caja de atención del embarazo (con regalos de embarazo e información) y \$75 para una cuenta de la salud que se utilizará para la mayoría de los gastos médicos calificados. Este incentivo se suma a otros descritos en este folleto. Todas las miembros adultas cubiertas mayores de 18 años pueden ser elegibles para este incentivo.</p> <p>A fin de calificar para la Caja de atención del embarazo, debes estar embarazada. Hay información disponible sobre el programa en nuestro sitio web, www.fepblue.org.</p> <p>Para calificar para el incentivo de \$75, debes cumplir con los criterios anteriores para la Caja de atención del embarazo y enviarnos una copia de la historia clínica de tu proveedor de atención médica que confirma que has tenido una visita de atención prenatal durante el primer trimestre de tu embarazo.</p> <p>La información que debe incluirse sobre la presentación de tu historia clínica se puede encontrar en nuestro sitio web, www.fepblue.org/maternity.</p> <p>Para recibir la Caja de atención del embarazo o el incentivo de \$75, los miembros deben completar todos los requisitos del programa durante el año de beneficios y la primera visita prenatal o el parto deben producirse durante el año de beneficios. Estos incentivos se brindan por cada embarazo y están limitados a dos embarazos por cada año calendario.</p>
<p>Limitación anual de incentivos</p>	<p>Los incentivos financieros obtenidos a través de la participación en la Evaluación de Salud de Blue, los objetivos personalizados mediante el asesor de salud en línea, el Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes y el Programa de Incentivo de Atención del Embarazo se limitan a un total de \$420 por persona por año calendario para el titular del contrato y su cónyuge.</p>
<p>Cuenta de reembolso para miembros de la Opción Básica inscritos en la Parte A y B de Medicare</p>	<p>Los miembros de la Opción Básica inscritos en las Partes A y B de Medicare son elegibles para recibir un reembolso de hasta \$800 por año calendario por sus pagos de las primas de la Parte B de Medicare. La cuenta se utiliza para reembolsar las primas de la Parte B de Medicare pagadas por el miembro. Para obtener más información sobre cómo obtener un reembolso, visita www.fepblue.org/mra o llama al 888-706-2583.</p>
<p>MyBlue® Customer eService</p>	<p>Visita MyBlue Customer eService en www.fepblue.org/myblue o utiliza la aplicación móvil fepblue para controlar el estado de tus reclamos, cambiar tu dirección de registro, solicitar formularios de reclamo, solicitar un duplicado o reemplazo de la tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio y aprender a utilizar tus beneficios. Las características adicionales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EOB en línea: puedes ver, descargar e imprimir tus formularios de la explicación de beneficios (EOB). Simplemente ingresa en MyBlue Customer eService a través de www.fepblue.org/myblue y haz clic en “View My Claims” (Ver mis reclamos); desde allí puedes buscar reclamos y seleccionar el enlace “EOB” junto a cada reclamo para acceder a tu Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB). También puedes acceder a las EOB a través de la aplicación móvil fepblue. Simplemente haz clic en el enlace a MyBlue y luego en Claims (Reclamos). • Opta por recibir o por dejar de recibir las EOB impresas: el Plan de Beneficios de Servicio ofrece una manera ecológica de acceder a tus EOB a través de www.fepblue.org/myblue. Puedes optar por recibir por correo o no las EOB impresas si sigues las instrucciones en pantalla. • Mensajes personalizados: nuestras EOB proporcionan una gran variedad de mensajes solo para ti y tu familia, desde oportunidades de atención preventiva hasta mejoras en nuestros servicios en línea. • Panel financiero: inicia 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 puedes consultar tu resumen hasta la fecha de los reclamos completados, el saldo de la tarjeta de bienestar MyBlue y los gastos de farmacia durante el año.

<p>National Doctor & Hospital Finder</p>	<p>Visita www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) y otras listas nacionales de proveedores preferidos.</p>
<p>Programas de Administración de la Atención Médica</p>	<p>Si tienes 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 en la coordinación de la atención y proporcionan educación y apoyo clínico a los miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La administración de casos proporciona a los miembros que tienen necesidades de atención médica complejas agudas o crónicas los servicios y la asistencia de un profesional de atención médica con licencia con una certificación de administración de casos reconocida a nivel nacional. Los administradores de casos pueden ser enfermeros registrados, trabajadores sociales con licencia u otros profesionales de atención médica con licencia cuya práctica esté dentro del ámbito de su licencia, quienes pueden trabajar contigo y tus proveedores para evaluar tus necesidades de atención médica, coordinar la atención necesaria y los recursos disponibles, evaluar los resultados de tu atención, y apoyar y supervisar el progreso del plan de tratamiento y las necesidades de atención médica del miembro. Algunos miembros pueden recibir orientación y apoyo clínico para una necesidad de atención médica aguda, mientras que otros pueden beneficiarse de una inscripción a corto plazo en la administración de casos. La inscripción en la administración de casos requiere de tu 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. <p>Nota: Los beneficios de atención brindada por centros residenciales de tratamiento y de atención de pacientes hospitalizados brindada en centros de enfermería especializada para miembros inscritos en la Opción Estándar que no tienen la Parte A de Medicare requieren el consentimiento escrito y la participación en la administración de casos antes de la admisión; consulta las páginas 87 y 88, 100 y 130 para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 te han diagnosticado alguna de estas afecciones, podemos enviarte información sobre los programas disponibles en tu área. <p>Si tienes alguna pregunta con respecto a estos programas, incluso si eres elegible para la inscripción y para recibir ayuda con este proceso, comunícate con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.</p>
<p>Opción de beneficios flexibles</p>	<p>En el Plan de Beneficios de Servicio 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 tú y tu proveedor están de acuerdo con el plan, los beneficios alternativos comenzarán inmediatamente y se te 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 recibas cualquier servicio incluido en el acuerdo de beneficios alternativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios alternativos estarán disponibles durante un período limitado y están sujetos a revisión constante. Debes colaborar con el proceso de revisión y participar en este. Tus proveedores

	<p>deben presentar la información necesaria para nuestras revisiones. Tú o tu apoderado de atención médica deben participar en conferencias de atención y capacitación para cuidadores según lo requerido por tus proveedores o por nosotros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podemos revocar el acuerdo de beneficios alternativos inmediatamente en cualquier momento, si descubrimos que no es clara la información que recibimos de tu parte, tu proveedor o cualquier persona involucrada en tu atención, o que no cumples 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 acuerdo. • 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. <p>Si firmas el acuerdo de beneficios alternativos, te proporcionaremos los beneficios alternativos acordados durante el período establecido, a menos que la información que nos brindes 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. Tú o tu 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 tu solicitud.</p> <p>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 has recibido, puedes cuestionar nuestro rechazo de beneficios normales del contrato según el proceso para desacuerdos sobre reclamos de la OPM (consulta la Sección 8).</p>
<p>Servicios de telesalud</p>	<p>Visita www.fepblue.org/telehealth o llama al número gratuito 855-636-1579, TTY: 855-636-1578, para acceder a atención a demanda, asequible y de alta calidad para adultos y niños que tengan problemas médicos que no son de emergencia, que incluyen el tratamiento de afecciones agudas menores (consulta la página 155 para ver la definición), atención dermatológica, orientación para trastornos de salud del comportamiento y por consumo de sustancias, y orientación nutricional.</p> <p>Nota: este beneficio solo se encuentra disponible a través de la red de proveedores de telesalud contratados.</p>
<p>La aplicación móvil de fepblue</p>	<p>La aplicación móvil de fepblue de Blue Cross and Blue Shield está 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 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 las Explicación de beneficios (EOB), ver o compartir las tarjetas de identificación para miembros, encontrar proveedores de la red y conectarse con nuestros servicios de telesalud.</p>

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

Si viajas o vives fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., tienes 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. Consulta la definición de repatriación en la Sección 10. Consulta a continuación y las páginas 131 y 132 para obtener información sobre los reclamos que necesitamos para procesar los reclamos por servicios en el extranjero. Podemos solicitarte que nos proporciones los registros médicos completos de tu proveedor para respaldar tu reclamo. Si vas 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 Estados Unidos, tu reclamo debe incluir la documentación de una exención del gobierno en virtud de la OFAC que autorice la atención médica en ese país.

Ten 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 recibes atención en el extranjero, a excepción de las admisiones para cirugía de reasignación de género (consulta la página 22 y las páginas 66 y 67 para obtener información) y admisiones en centros de tratamiento residencial y centros de enfermería especializada. Se requiere aprobación previa para todos los servicios de transporte en ambulancia aérea que no sean de emergencia para los miembros en el extranjero (consulta la página 92 para obtener más información). Las protecciones ofrecidas en virtud de la NSA (consulta la página 32) no se aplican a los reclamos en el extranjero.

Centro de Asistencia en el Extranjero

Contamos con una red de hospitales participantes en el extranjero que presentarán tus reclamos por atención en centros de salud como paciente hospitalizado, sin el pago por adelantado de los servicios cubiertos que recibas. 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 ayudarte a localizar un hospital o un médico de nuestra red cerca de donde te hospedes. También puedes ver una lista de los proveedores de nuestra red en nuestro sitio web, www.fepblue.org. Tendrás que presentarnos un reclamo para solicitar el reembolso por los servicios profesionales, a menos que tú o tu proveedor se comuniquen con el Centro de Asistencia en el Extranjero por adelantado para acordar la facturación y el pago directos al proveedor.

Si te encuentras en el extranjero y necesitas ayuda para localizar proveedores (dentro o fuera de nuestra red), comunícate con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI) llamando 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 ofrece además servicios de evacuación de emergencia al centro de salud más próximo equipado para tratar debidamente tu afección, con servicios de traducción y conversión de facturas médicas extranjeras a la moneda de los Estados Unidos. Puedes comunicarte 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 recibes en el extranjero, proporcionamos beneficios de acuerdo con los niveles de beneficios preferidos utilizando nuestra Lista de cargos por servicios en el extranjero o un descuento negociado con el proveedor como nuestra cantidad autorizada por el Plan. **El requisito de utilizar proveedores preferidos para recibir los beneficios de la Opción Básica no se aplica cuando recibes atención en el extranjero. Los miembros de la Opción Estándar no tienen deducible para servicios en el extranjero.**

En las Opciones Estándar y Básica, cuando la cantidad autorizada por el Plan se basa en la Lista de cargos por servicios en el extranjero, debes pagar cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado, además de cualquier deducible, coseguro o copago que corresponda. Cuando la cantidad autorizada por el Plan es un descuento negociado con el proveedor, eres responsable solo del coseguro o copago correspondiente. También debes pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos.

Para la **atención en centros de salud** que recibes en el extranjero, proporcionamos beneficios en el nivel preferido tanto en la **Opción Estándar como en la Básica** luego de que pagas el copago o coseguro correspondiente. **En la Opción Básica, no hay costo compartido para el miembro** para admisiones en un centro del DoD o cuando el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI) haya acordado una facturación directa o una aceptación de una garantía de los beneficios con el centro de salud.

Para toda otra atención en centros de salud para pacientes hospitalizados, los miembros de la Opción Básica son responsables del copago por admisión. Los miembros de la Opción Estándar no tienen costos compartidos para la atención en centros para pacientes hospitalizados.

Para la **atención en centros de salud ambulatorios** que recibes en el extranjero, proporcionamos beneficios en el nivel preferido tanto en la **Opción Estándar como en la Básica**, luego de que pagues el copago o coseguro correspondientes. Los miembros de la Opción Estándar no tienen deducible para servicios en el extranjero.

Para la **atención dental** que recibes en el extranjero, proporcionamos los beneficios descritos en la Sección 5(g). **En la Opción Estándar**, tú pagas cualquier diferencia entre la Lista de cantidades autorizadas para servicios dentales y la factura del dentista, más cualquier cargo por servicios no cubiertos. **En la Opción Básica**, tú pagas un copago de \$30, más cualquier diferencia entre nuestro pago y el cargo del dentista, al igual que cualquier cargo por servicios no cubiertos.

Para los **servicios de transporte** que recibes en el extranjero, brindamos beneficios por servicios de transporte hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente tu 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 tu afección. **En las Opciones Estándar y Básica**, los miembros pagan el copago que corresponda.

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. En las Opciones Estándar y Básica, los miembros pagan el coseguro que corresponda. Los miembros de la Opción Estándar no necesitan alcanzar el deducible por año calendario cuando compran medicamentos en farmacias en el extranjero. Consulta la página 119 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. Sigue los procedimientos enumerados a continuación para presentar reclamos para los servicios y medicamentos cubiertos que recibas fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. **Es posible que debas 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 tus 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., envíanos 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, indica si deseas recibir el pago en dólares estadounidenses o en la moneda que figura en las facturas detalladas, y si deseas recibir el pago por cheque o transferencia bancaria. Utiliza la siguiente información para enviar tu reclamo por correo, fax o en forma electrónica:

1. Por correo postal: Federal Employee Program, Overseas Claims, P.O. Box 260070, Pembroke Pines, FL 33026.
2. Por fax: 001-954-308-3957. Marca primero el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde envías el reclamo por fax.
3. Internet: ingresa en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya eres un usuario registrado en el portal de MyBlue, selecciona el menú “Health Tools” (Herramientas de la salud) y en la sección “Get Care” (Obtener atención), selecciona “Submit Overseas Claim” (Enviar un reclamo por servicios en el extranjero en línea) y sigue las instrucciones para enviar un reclamo por servicios médicos. Si todavía no eres un usuario registrado, ingresa en MyBlue, haz clic en “Sign Up” (Regístrate) e inscribete para utilizar el proceso de solicitud en línea.

Si tienes preguntas sobre tus reclamos por servicios médicos, llámanos al 888-999-9862, utilizando el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde llamas, o envíanos un correo electrónico a través de nuestro sitio web (www.fepblue.org) mediante el portal de MyBlue. También puedes escribirnos a la siguiente dirección: Mailroom Administrator, FEP Overseas Claims, P.O. Box 14112, Lexington, KY 40512-4112. Puedes obtener los formularios de reclamos por servicios en el extranjero de nuestro sitio

Presentación de un reclamo por beneficios de farmacia

web, por correo electrónico a fepoverseas@gmni.com o con tu Plan Local.

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 compras en farmacias fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., completa el formulario de reclamos para medicamentos con receta médica de venta minorista en el extranjero de FEP y envíalo junto con las facturas o los recibos detallados de la farmacia. La presentación oportuna de reclamos de farmacia en el extranjero se limita a un año a partir de la fecha de surtido de la receta. Utiliza la siguiente información para enviar tu reclamo por correo, faxo en forma electrónica:

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

Envía cualquier consulta por escrito sobre medicamentos que hayas 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. Puedes obtener los formularios de reclamos para medicamentos con receta médica de venta minorista en el extranjero del FEP para tus 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 llamas.

Mientras te encuentres en el extranjero, puedes pedir tus medicamentos con receta médica a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad siempre y cuando cumplas con las siguientes condiciones:

- Tu 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 tu 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.

Consulta la Sección 5(f) para obtener más información sobre las farmacias minoristas preferidas con opciones de pedido en línea, el programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.

El programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo está disponible para los miembros de la Opción Estándar y Básica con cobertura primaria de la Parte B de Medicare.

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 Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o nuestro programa de Farmacias de medicamentos de especialidad a países en el extranjero que tienen leyes que restringen la importación de medicamentos de venta 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, puedes seguir obteniendo tus medicamentos con receta médica de una farmacia local en el extranjero y presentarnos un reclamo para obtener el reembolso si la envías por faxal 001-480-614-7674 o la completas 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 FEHB, y no puedes presentar una queja ante FEHB por estos beneficios. Los cargos pagados por estos servicios no se cuentan como parte de tus 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. Te solicitamos que no presentes un reclamo por estos servicios. Estos programas y materiales son responsabilidad del Plan y todas las apelaciones deben seguir sus pautas. Para obtener información adicional, comunícate con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación o visita 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 te ayudarán en tus esfuerzos por estar sano y feliz todos los días del año. Blue365 ofrece los mejores descuentos en 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 de Molecular Fitness, entre otros. Cada semana, los miembros de Blue365 reciben excelentes ofertas de salud y bienestar por correo electrónico. Con Blue365, no necesitas completar papeleo. Solo tienes que visitar www.fepblue.org/blue365. Selecciona “Get Started” (Comenzar) y luego ingresa en MyBlue con tu nombre de usuario y contraseña para obtener más información sobre los diferentes vendedores 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 ayudarte a cumplir tus objetivos de salud y acondicionamiento físico, según tu presupuesto y a tu conveniencia. Fitness Your Way ofrece acceso a más de 10,000 gimnasios diferentes con una tarifa mensual con descuento. Tendrás 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 inscribirte, ingresa en www.fepblue.org/healthclub o llama al servicio al cliente al 888-242-2060, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 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. Te 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 24% aproximadamente. El programa te 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. Consulta 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 presenta una receta válida y tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio en una farmacia minorista preferida. El farmacéutico te pedirá que pagues el total de la tarifa negociada con descuento. Para obtener más información, visita www.fepblue.org/ddp o llama 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 tu área, visita www.fepblue.org/vcap. También puedes llamarnos al 888-897-9350 entre las 8:00 a. m. y las 11:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 los sábados; o de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. los domingos. Verifica que tu proveedor participe en nuestro programa Affinity para la atención de la vista y pregunta 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 tu enfermedad, trastorno, lesión o afección.** Para consultar información acerca de cómo obtener aprobación previa para servicios específicos, como trasplantes, consulta la Sección 3, *Necesitas aprobación previa del Plan para ciertos servicios.*

No cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suministros que recibas mientras no estés 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” (consulta la definición en la página 155)
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos o dispositivos experimentales o de investigación (consulta 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 penénea 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 (consulta la página 76)
- Servicios, medicamentos o suministros que recibas de un proveedor o centro de salud excluido o suspendido del Programa de FEHB.
- Servicios de salud, medicamentos o suministros que recibas en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de 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 recibas sin cargo mientras estés en servicio militar activo.
- Los cargos que no constituyen una obligación legal de pagar para la persona inscrita 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 (consulta la página 149), los honorarios del médico que excedan las cantidades especificadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos si los beneficios son pagaderos según Medicare (cargo límite, consulta la página 150), o los impuestos estatales sobre las primas, independientemente de cómo se apliquen.
- Medicamentos con receta, servicios o suministros pedidos o proporcionados por ti o tus 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 recibas de proveedores no cubiertos.
- Servicios, medicamentos o suministros que recibas con fines estéticos.
- Servicios, medicamentos o suministros para el tratamiento de la obesidad, la disminución de peso o el control dietario, excepto para las visitas al consultorio, las pruebas de diagnóstico y los procedimientos y servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida mencionados en la página 65.
- Servicios que recibas 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*.

- 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 atención de largo plazo (consulta la sección *Definiciones*).
- Artículos para la comodidad personal, como servicios de belleza y barbería, radio, televisión o teléfono.
- Muebles (excepto el equipo médico duradero [DME], 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 relacionadas con un diagnóstico, una enfermedad, una lesión o un conjunto de síntomas específicos o la atención por maternidad, excepto los servicios preventivos cubiertos específicamente a través de los beneficios de los apartados *Atención preventiva, para adultos* y *Atención preventiva, para niños* que figuran en las Secciones 5(a) y 5(c), así como las pruebas de detección preventivas que se especifican en las páginas 42 a 46 y 85; y ciertos servicios de rutina asociados con ensayos clínicos cubiertos (consulta la página 144)
- Terapia recreativa o educativa y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto cuando las proporcione un hospital durante una estadía cubierta como paciente hospitalizado
- Análisis conductual aplicado (ABA) y servicios relacionados para cualquier afección que no sea 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 (consulta la página 118), técnicas de meditación, técnicas de relajación, terapias de movimiento y terapias de energía
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con la marihuana medicinal.
- Planificación de atención avanzada, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) cubierto (consulta la página 90)
- Cargos por servicios de membresía o asistencia cobrados por un proveedor de atención médica.
- Cargos asociados con copias, en vío 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.
- Servicios o suministros que tenemos prohibido cubrir en virtud de la ley federal

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).

Consulta 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 tus preguntas sobre nuestros beneficios, comunícate con nosotros llamando al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio o visita nuestro sitio web www.fepblue.org.

En la mayoría de los casos, los médicos y centros de salud presentan los reclamos en tu nombre. Simplemente muestra tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio cuando recibas servicios. Tu proveedor debe presentar un formulario de reclamo del seguro médico CMS-1500. Tu centro de salud presentará un formulario UB-04.

Cuando debas presentar un reclamo, por ejemplo, cuando otro Plan de salud grupal es el pagador primario, presenta el reclamo en el formulario CMS-1500 o en un formulario de reclamo que incluya la información que se indica a continuación. Utiliza un formulario de reclamo separado para cada miembro de tu familia. Para estadías en el hospital prolongadas o continuas, o para otro tipo de atención de largo plazo, debes presentar tus reclamos por lo menos cada 30 días. Las facturas y recibos deben detallarse y deben incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y relación con el miembro
- 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 tú mismo preparas no se consideran sustitutos aceptables de las facturas detalladas.

Además:

- Si otro plan de salud es tu pagador primario, debes enviar una copia del formulario de explicación de beneficios (EOB) de tu pagador primario (como el Resumen de información de Medicare [Medicare Summary Notice, MSN]) junto con tu 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 tu reclamo es por el alquiler o la compra de DME, equipo médico duradero, atención de enfermería domiciliaria o terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia de rehabilitación cognitiva, debes 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 producidas en un accidente en dientes naturales sanos deben incluir documentación de la condición de tus dientes antes de la lesión producida en el accidente, documentación de la lesión de tu proveedor y un plan de tratamiento para tu atención dental. Es posible que solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que tu tratamiento avanza.
- Los reclamos por los medicamentos con receta médica y los suministros que no se reciben del programa de Farmacias minoristas, a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o del programa de Farmacias de medicamentos de

Procedimientos de reclamo posterior al servicio

especialidad 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. (Consulta las páginas 137 y 138 para obtener información sobre cómo obtener beneficios del programa de Farmacias minoristas, del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad). Te 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 te 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 tu parte (p. ej., tus registros médicos), nuestra notificación describirá la información específica requerida y te concederemos hasta 60 días a partir de la fecha de recepción de la notificación para proporcionar la información.

Si no estás de acuerdo con nuestra decisión inicial, puedes solicitarnos que la revisemos si sigues 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 utilices farmacias minoristas preferidas, debes mostrar tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio. Para encontrar una farmacia minorista preferida, visita www.fepblue.org/provider. Si utilizas una farmacia minorista preferida que ofrece recibir pedidos en línea, recuerda tener tu tarjeta de identificación lista para completar tu compra. Las farmacias minoristas preferidas presentarán tus reclamos por ti. Reembolsamos a la farmacia minorista preferida tus suministros y medicamentos cubiertos. Pagas el coseguro o copago correspondiente.

Nota: aunque utilices farmacias minoristas preferidas, deberás presentar un formulario de reclamo por escrito para obtener el reembolso en las siguientes circunstancias:

- No tienes una tarjeta de identificación válida del Plan de Beneficios de Servicio.
- No utilizas tu tarjeta de identificación válida del Plan de Beneficios de Servicio en el momento de la compra.
- No obtuviste aprobación previa cuando era necesario (consulta la página 24).

Los párrafos siguientes incluyen las instrucciones para presentar reclamos.

Farmacias minoristas no preferidas

Opción Estándar: debes presentar un reclamo por escrito para los medicamentos o suministros cubiertos que compras en farmacias minoristas no preferidas. Comunícate con tu Plan Local o llama al 800-624-5060 para solicitar un formulario de reclamo para medicamentos con receta médica de venta minorista a fin de recibir el pago de beneficios. Los miembros con problemas de audición que cuenten con equipos TTY pueden llamar al 800-624-5077. Sigue las instrucciones del formulario de reclamo de medicamentos con receta médica y envía el formulario completo a: Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057.

Opción Básica: No hay ningún beneficio para los medicamentos o los suministros comprados en farmacias minoristas no preferidas.

Programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo

Miembros elegibles: te enviaremos información sobre nuestro programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo, junto con un formulario inicial del servicio de envío por correo. Para utilizar este programa, haz lo siguiente:

1. Completa el formulario inicial del servicio de envío por correo.
2. Adjunta tu receta y copago.
3. Envía tu pedido por correo a CVS Caremark, P.O. Box 1590, Pittsburgh, PA 15230-1590.
4. El período de entrega es de hasta dos semanas.

Como alternativa, tu médico puede llamar para solicitar tu receta inicial al 800-262-7890, TTY: 800-216-5343. Tú eres responsable del copago. También eres responsable de los copagos para resurtidos solicitados por tu médico.

Luego, para solicitar resurtidos, llama al mismo número o ingresa en nuestro sitio web www.fepblue.org y carga tu copago a tu tarjeta de crédito o solicita que te lo facturen más tarde. El período de entrega de los resurtidos es de hasta diez días.

Nota: Los medicamentos de especialidad no se surtirán a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. Consulta la página 116 para obtener información sobre el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.

Opción Básica: El programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo está disponible solo para los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare bajo la Opción Básica.

Programa de farmacias de medicamentos de especialidad

Opciones Estándar y Básica: si el médico te receta un medicamento de especialidad que figura en la Lista de medicamentos de especialidad del Plan de Beneficios de Servicio, tu médico puede pedir la receta inicial si llamas a nuestro programa de Farmacias de medicamentos de especialidad al 888-346-3731, TTY: 877-853-9549; o bien puedes enviar tu receta a esta dirección: BCBS FEP Specialty Drug Pharmacy Program, CVS Specialty, 9310 Southpark Center Loop, Orlando, FL 32819. Se emitirá una factura por el copago más adelante. El programa de Farmacias de medicamentos de especialidad trabajará contigo para coordinar la hora y el lugar de la entrega que sean más convenientes para ti. Para pedir resurtidos, llama al mismo número de teléfono para coordinar la entrega. Puedes cargar el copago a tu tarjeta de crédito o que lo facturen más adelante.

Nota: Para obtener las listas más actualizadas de medicamentos de especialidad cubiertos, llama al programa de Farmacias de medicamentos de especialidad al 888-346-3731 (TTY: 877-853-9549), o visita nuestro sitio web, www.fepblue.org.

Registros

Archiva por separado los gastos médicos de cada miembro cubierto de tu familia, ya que los deducibles (en la Opción Estándar) y los beneficios máximos (como el caso de terapia física para pacientes ambulatorios o atención dental preventiva) se aplican de manera independiente para cada persona. Conserva copias de todas las facturas médicas, incluidas las que acumulas para alcanzar un deducible en la Opción Estándar. En la mayoría de los casos, servirán como comprobante de tu reclamo. No proporcionaremos duplicados ni resúmenes de fin de año.

Plazo para presentar tu reclamo

Envíanos tu reclamo y los documentos correspondientes lo antes posible. Debes presentar tu reclamo antes del 31 de diciembre del año posterior al año en que recibes 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 hayas 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.), debes 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: La presentación oportuna de reclamos de farmacia en el extranjero se limita a un año a partir de la fecha de surtido de 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

Consulta la información sobre cómo presentar reclamos en las páginas 131 y 132 de este folleto.

Cuando necesitemos más información

Responde sin demora cuando te pidamos información adicional. Podremos postergar el procesamiento o rechazar los beneficios de tu reclamo si no respondes. Nuestro plazo para responder a tus reclamos se detiene mientras aguardamos toda la información adicional necesaria para procesar tu reclamo.

Representante autorizado	Puedes nombrar a un representante autorizado para que actúe en tu 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 tu afección médica actúe como tu representante autorizado sin tu consentimiento expreso. A los efectos de esta sección, también nos referiremos a tu representante autorizado cuando nos refiramos a ti.
Requisitos de aviso	<p>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 vives en uno de estos condados, ofreceremos asistencia lingüística en el idioma diferente del inglés correspondiente. Puedes solicitar una copia de tu 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.</p> <p>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.</p>

Sección 8. Proceso para desacuerdos sobre reclamos

Sigue el proceso para desacuerdos sobre reclamos del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales **si no estás de acuerdo con nuestra decisión sobre tu 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 estás de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio*, describimos el proceso que debes seguir si tienes un reclamo por servicios, medicamentos o suministros que deben tener certificación previa (como las admisiones al hospital como paciente hospitalizado) o aprobación previa del Plan.

Puedes 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 tienes una consulta sobre las situaciones en las que tienes 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, llama al representante de servicio al cliente de tu Plan al número de teléfono que figura en tu tarjeta de inscripción, nuestro folleto o nuestro sitio web (www.fepblue.org).

Para ayudarte a preparar tu apelación, puedes acordar con nosotros que revisemos y copiemos, sin cargo, todos los materiales y documentos del Plan relevantes bajo nuestro control, que se relacionan con tu reclamo, incluidos aquellos que involucren la revisión de tu reclamo por parte de un experto. Para realizar tu solicitud, llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio o envíanos tu solicitud a la dirección que figura en tu 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, programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o programa de Farmacias de medicamentos de especialidad).

Nuestra consideración tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información que presentes 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	<p>Pídenos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debes hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Escríbenos en el término de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión.b) Enviarnos tu solicitud a la dirección que figura en tu 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, programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o programa de Farmacias de medicamentos de especialidad).c) Incluye una declaración de por qué consideras que nuestra decisión inicial fue equivocada, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto.d) Adjunta copias de los documentos que apoyan tu reclamo, como cartas de médicos, informes quirúrgicos, facturas, registros médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB). <p>Te 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 tu reclamo y cualquier criterio nuevo para nuestra decisión sobre el reclamo. Te proporcionaremos esta información con la anticipación suficiente a la fecha en la que debemos brindarte nuestra decisión de la reconsideración para concederte la oportunidad razonable de respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no te brindamos evidencia o criterios nuevos con el tiempo suficiente para que puedas responder de forma oportuna, no invalidará nuestra decisión en la reconsideración. Puedes responder a esa evidencia o criterios nuevos en la etapa de revisión de la OPM descrita en el Paso 3.</p>

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

- a) pagar el reclamo; o
- b) escribirte y reafirmar nuestra negativa; o
- c) Solicitarles más información a ti o a tu proveedor.

Tú o tu 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. Te escribiremos para informarte nuestra decisión.

3 Si no estás de acuerdo con nuestra decisión, puedes solicitar que la OPM la revise.

Debes 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 escribiste por primera vez, si no te dimos algún tipo de respuesta a esa solicitud en el término de 30 días; o
- 120 días después de la fecha en que te solicitamos información adicional, si no te enviamos una decisión en el término de 30 días a partir de la fecha en que recibimos la información adicional.

Escribe 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.

Envía la siguiente información a la OPM:

- Una declaración de por qué consideras 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 tu reclamo, como cartas de médicos, informes quirúrgicos, facturas, registros médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB)
- Copias de todas las cartas que nos enviaste sobre el reclamo
- Copias de todas las cartas que te enviamos sobre el reclamo
- El número de teléfono al que podemos llamarte durante el día y la mejor hora para llamarte
- Tu dirección de correo electrónico, si deseas recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Ten en cuenta que, si proporcionas tu dirección de correo electrónico, puedes recibir la decisión de la OPM más rápido.

Nota: si deseas que la OPM revise más de un reclamo, debes identificar claramente qué documentos se aplican a qué reclamo.

Nota: tú eres la única persona que tiene derecho a presentar un desacuerdo sobre un reclamo ante la OPM. Las partes que actúen como tus 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 tu afección médica puede actuar como tu representante autorizado sin tu consentimiento expreso.

Nota: es posible extender los plazos mencionados anteriormente si demuestras que no pudiste cumplirlos por motivos ajenos a ti.

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

Si no estás de acuerdo con la decisión de la OPM, tu único recurso es iniciar una acción judicial. Si deseas iniciar una acción judicial, debes presentar la demanda contra la OPM en un tribunal federal antes del 31 de diciembre del tercer año posterior al año en que hayas recibido los servicios, medicamentos o suministros sobre los que existe el desacuerdo o desde el año en que se te 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 podrás iniciar una acción judicial hasta que hayas cumplido con el proceso para desacuerdos sobre reclamos. Asimismo, la legislación federal rige tu 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 puedes recuperar la cantidad de beneficios en desacuerdo.

Nota: Si tienes una afección grave o que pone en peligro tu 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 indicaste que tu reclamo era un reclamo de atención de urgencia, entonces llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio. Aceleraremos nuestra revisión (si aún no hemos respondido a tu reclamo) o informaremos a la OPM para que puedan revisar tu reclamo en apelación más rápido. Puedes llamar a FEHB 1 de la OPM al 202-606-0727 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

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

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

Cuando tienes otra cobertura de salud

Debes informarnos si tú o un miembro cubierto de tu familia tienen cobertura a través de otro plan de salud grupal, o bien si tienes un seguro del automóvil que paga los gastos de atención médica sin considerar de quién es la responsabilidad. Esto se denomina “doble cobertura”.

Cuando tienes doble cobertura, generalmente, un plan paga tus 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 estás cubierto por nuestro Plan como dependiente, cualquier seguro de salud grupal que tengas a través de tu empleador será el pagador primario y nosotros seremos el pagador secundario.
- Si eres titular de beneficios en nuestro Plan y además eres empleado activo, cualquier seguro de salud grupal que tengas a través de tu empleador será el pagador primario y nosotros seremos el pagador secundario.
- Cuando tienes 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, tu 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, visita el sitio web 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 (según la Opción Estándar) y las cantidades del coseguro o copago, excepto cuando Medicare sea el pagador primario (consulta la página 150). Por lo tanto, es posible que los pagos combinados de ambos planes no lleguen a cubrir la cantidad total facturada por tu proveedor.

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

En algunas circunstancias, cuando seamos el pagador secundario y ello no te perjudique (es decir, no tengas que pagar más), también podremos aprovechar cualquier acuerdo sobre descuento de los proveedores que pueda tener tu 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 tu atención según este plan aún se encuentran en vigencia cuando somos el pagador secundario.

Recuerda: Aunque no presentes un reclamo ante tu otro plan, debes notificarnos que tienes doble cobertura y enviarnos documentos sobre tu otra cobertura si te lo solicitamos.

Consulta la Sección 4, *Tus 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 te brindan cobertura, nosotros pagamos primero. Consulta a tu Asesor sobre Beneficios de Salud de TRICARE o CHAMPVA si tienes preguntas sobre la cobertura de estos programas.

Cobertura de FEHB suspendida para inscribirte en TRICARE o CHAMPVA: si eres titular de beneficios o excónyuge, puedes suspender tu cobertura de FEHB para inscribirte en uno de estos programas, lo que elimina tu prima de FEHB. (La OPM no contribuye a ninguna prima correspondiente de estos planes). Para obtener información sobre la suspensión de tu inscripción en el Programa de FEHB, comunícate con tu oficina de jubilación. Si en el futuro deseas volver a inscribirte en el Programa de FEHB, por lo general podrás hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierdas involuntariamente la cobertura de TRICARE o CHAMPVA.

• **Compensación del trabajador**

No cubrimos los servicios que tienen las siguientes características:

- Tú (o un miembro cubierto de la familia) necesitas 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 determina que le 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 tú presentaste 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 tu tratamiento, nosotros cubriremos tu atención.

• **Medicaid**

Cuando tienes 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 eres titular de beneficios o excónyuge, puedes suspender tu cobertura de FEHB para inscribirte en uno de estos programas del estado, lo que elimina tu prima de FEHB. Para obtener información sobre la suspensión de tu inscripción en el Programa de FEHB, comunícate con tu oficina de jubilación. Si en el futuro deseas volver a inscribirte en el Programa de FEHB, por lo general, podrás hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierdas involuntariamente la cobertura en virtud del programa del estado.

Cuando otros organismos del gobierno son responsables de tu atención

Cuando otras personas son responsables de las lesiones

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

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

- Todo el dinero que tú o tus 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 te hayamos pagado o te pagaremos a ti, tus representantes o proveedores de atención

médica en tu nombre. A efectos de esta disposición, “tú” incluye a tus dependientes cubiertos, y “tus representantes” incluye a tus herederos, administradores, representantes legales, padres (si eres 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 tú no hayas sido íntegramente resarcido (“made whole”) por todos los daños y perjuicios sufridos a través del resarcimiento que recibas. 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 recibiste la cantidad total que habías reclamado en concepto de daños y perjuicios; o (2) porque tuviste que pagar honorarios de abogados.
- Si hacemos valer nuestro derecho de resarcimiento, debes cooperar con nosotros en todo lo necesario siempre que resulte razonable. No debes tomar ninguna medida que pueda menoscabar nuestro derecho de resarcimiento.
- Si no solicitas una indemnización por daños y perjuicios como consecuencia de tu enfermedad o lesión, debes permitirnos tomar medidas para el resarcimiento de gastos en tu nombre (incluido el derecho a iniciar una acción judicial en tu nombre). Esto se denomina “subrogación”.

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

Podremos solicitarte que firmes un acuerdo de reembolso o que nos cedas (1) tu derecho a iniciar una acción judicial o (2) tu derecho a recibir una indemnización por un reclamo presentado como consecuencia de tu enfermedad o lesión. Podremos postergar el procesamiento de tus reclamos hasta que presentes 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 recibas 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. Ten 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 te lesiona, por ejemplo, en un accidente automovilístico o a través de una mala praxis médica
- Cuando te lesionas estando en la propiedad de un tercero
- Cuando te lesionas y dispones de beneficios para ti o tu 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 hayas 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

Comunícate con nosotros si necesitas más información sobre la subrogación.

Cuando tienes 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 estás cubierto por más de un plan dental/de la vista, la cobertura brindada por tu Plan de FEHB se mantiene como tu cobertura primaria. La cobertura de FEDVIP paga como pagador secundario después de esa cobertura. Cuando te inscribas en un plan dental o de la vista, te pedirán información sobre tu Plan de FEHB para que tus planes puedan coordinar los beneficios. Al proporcionar tu información de FEHB, podrás reducir tus costos de desembolso directo.

Ensayos clínicos

Si participas en un ensayo clínico aprobado, este Plan de salud te 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, consulta las páginas 69 a 76. **Los costos de atención extra relacionados con la participación en cualquier otro tipo de ensayo clínico no están cubiertos.** Te recomendamos que llames al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para analizar los servicios específicos si participas 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 tienes Medicare

Para obtener información más detallada sobre “¿Qué es Medicare?” y “¿Debería inscribirme en Medicare?”, comunícate con Medicare al 1-800-Medicare 800-633-4227, TTY: 877-486-2048, o en www.medicare.gov.

• El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B)

El Plan Medicare Original (Medicare Original) está disponible en todos los 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. Puedes visitar a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare. El Plan Medicare Original paga su parte y tú pagas la tuya.

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 registrará ya sea que acepten Medicare o no.

Si estás inscrito en este Plan y en el Plan Medicare Original, de todos modos, debes cumplir con las normas de este folleto para que te brindemos cobertura por tu 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 tienes que obtener certificación previa para estadías en el hospital como paciente hospitalizado cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario (consulta la página 21 para conocer las excepciones).

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

Cuando somos el pagador primario, procesamos el reclamo primero.

Cuando el Plan Medicare Original es el pagador primario, Medicare procesa tu reclamo primero. En la mayoría de los casos, tus reclamos se coordinarán automáticamente y luego proporcionaremos beneficios secundarios por los cargos cubiertos. Para averiguar si necesitas hacer algo para presentar tus reclamos, llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio o visita nuestro sitio web www.fepblue.org.

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

Cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario:

- En la **Opción Estándar**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Copagos por admisión en el hospital como paciente hospitalizado;
 - Coseguro de paciente hospitalizado en un hospital miembro o no miembro.
- En la **Opción Básica**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Copagos por día de hospitalización como paciente hospitalizado.

Nota: Luego de agotar tus beneficios de la Parte A de Medicare:

- En la **Opción Estándar**, tú debes pagar la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad que se cobra en hospitales No miembros.
- En la **Opción Básica**, tú debes pagar los copagos por día de hospitalización como paciente hospitalizado.

Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario:

- En la **Opción Estándar**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Deducible por año calendario
 - Coseguro y copagos por servicios y suministros para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos

- Coseguro por servicios en centros de salud para pacientes ambulatorios
- En la **Opción Básica**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Copagos y coseguro por atención recibida de profesionales y centros de salud proveedores cubiertos

Nota: No renunciamos a las limitaciones de beneficios, como el límite de 25 visitas para las visitas de atención de enfermería (especializada) domiciliaria. Además, no renunciamos a ningún coseguro ni copago por medicamentos con receta médica.

Puedes 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.

- **Infórmalos sobre tu cobertura de Medicare**

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

- **Contrato privado con tu médico**

Si estás inscrito en la Parte B de Medicare, un médico puede pedirte que firmes un contrato privado en el que se acepte que se te puede facturar directamente por servicios que suelen estar cubiertos por el Plan Medicare Original. Si firmas un contrato, Medicare no pagará ningún porcentaje de los cargos y no aumentaremos nuestro pago. Nuestro pago aún se limitará a la cantidad que hubiéramos pagado después del pago del Plan Medicare Original. Puedes ser responsable de pagar la diferencia entre el monto facturado y el monto que pagamos.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si eres elegible para recibir Medicare, puedes optar por inscribirte y recibir tus 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, comunícate con Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227), TTY: 877-486-2048, o visita www.medicare.gov.

Si te inscribes en un plan Medicare Advantage, tienes las siguientes opciones:

Este Plan y un plan Medicare Advantage de otro plan: puedes inscribirte en un plan Medicare Advantage de otro plan y continuar estando inscrito en nuestro Plan de FEHB. Si te inscribes en un plan Medicare Advantage, infórmalos al respecto. Necesitaremos saber si estás inscrito en el Plan Medicare Original o en un plan Medicare Advantage para poder coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

En la Opción Estándar, seguiremos brindando beneficios cuando tu 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, coseguros o deducibles si recibes servicios de proveedores que no participen en el plan Medicare Advantage.

En la Opción Básica, brindamos beneficios por atención recibida de proveedores preferidos cuando tu 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 coseguros por los servicios que recibas de proveedores preferidos que no participen en el plan Medicare Advantage. Recuerda que debes recibir atención de proveedores preferidos para recibir los beneficios de la Opción Básica. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

Suspensión de la cobertura de FEHB para inscribirte en un plan Medicare

Advantage: si eres titular de beneficios o excónyuge, puedes suspender tu cobertura de FEHB e inscribirte en un plan Medicare Advantage, lo que elimina tu prima de FEHB.

(La OPM no contribuye a la prima de tu plan Medicare Advantage). Para obtener información sobre la suspensión de tu inscripción en el Programa de FEHB, comunícate con tu oficina de jubilación. Si en el futuro deseas volver a inscribirte en el Programa de FEHB, por lo general podrás hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierdas involuntariamente la cobertura o te mudes fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

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

Cuando somos el pagador primario, procesamos el reclamo primero. Si te inscribes en la Parte D de Medicare y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos los reclamos para determinar tus 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 por 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 ti según tu situación de empleo y otros factores estipulados por Medicare. Es fundamental que nos digas si tú o un miembro cubierto de tu 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 determinados en este cuadro).**

Cuadro para el pagador primario		
A. Cuando tú o tu cónyuge con cobertura tienen 65 años o más y tienen Medicare, y tú...	El pagador primario del individuo con Medicare es...	
	Medicare	Este Plan
1) Tienes cobertura de FEHB por tu cuenta como un empleado activo.		✓
2) Tienes cobertura de FEHB por tu cuenta como titular de beneficios o través de tu cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
3) Tienes cobertura de FEHB a través de tu cónyuge que es empleado activo.		✓
4) Eres titular de beneficios, el gobierno federal te ha empleado nuevamente y tu cargo está excluido de FEHB (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y no tienes cobertura de FEHB a través de tu cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
5) Eres titular de beneficios, el gobierno federal te ha empleado nuevamente y tu cargo no está excluido de FEHB (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y...		
• Tienes cobertura de FEHB por tu cuenta o a través de tu cónyuge que también es empleado activo.		✓
• Tienes cobertura de FEHB a través de tu cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
6) Eres 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 tu cónyuge cubierto es un juez con estas características) y tú no tienes cobertura de FEHB a través de tu cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
7) Estás inscrito en la Parte B solamente, sin importar la clasificación de tu empleo.	✓ para los servicios de la Parte B	✓ para otros servicios
8) Eres un empleado federal que recibe compensación laboral.		✓*
9) Eres un empleado federal que recibe los beneficios por discapacidad durante seis meses o más.	✓	
B. Cuando tú o un miembro cubierto de tu familia...		
1) Tiene Medicare únicamente debido a que padece de insuficiencia renal en la etapa final (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 ESRD (período de coordinación de 30 meses).		✓
• Se ha cumplido el período de coordinación de 30 meses y tú o un miembro de tu 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 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 (luego del período de coordinación de 30 meses).	✓	

Cuadro para el pagador primario		
A. Cuando tú o tu cónyuge con cobertura tienen 65 años o más y tienen Medicare, y tú...	El pagador primario del individuo con Medicare es...	
	Medicare	Este Plan
C. Cuando tú o un miembro cubierto de tu familia es elegible para Medicare únicamente debido a una discapacidad y tú...		
1) Tienes cobertura de FEHB por tu cuenta como empleado activo o a través de un miembro de la familia que también es empleado activo.		✓
2) Tienes cobertura de FEHB por tu cuenta como titular de beneficios o a través de un miembro de la familia que es titular de beneficios.	✓	
D. Cuando tú estás cubierto en virtud de la disposición de equidad para el cónyuge de FEHB como ex cónyuge	✓	

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

Si tienes 65 años o más y no tienes Medicare

De acuerdo con la ley de FEHB, debemos limitar nuestros pagos por **atención en hospital para pacientes hospitalizados** y por **atención médica** a aquellos pagos que tendrías derecho a recibir si tuvieras Medicare. Tu médico y tu hospital deben respetar las normas de Medicare y no pueden facturarte más de lo que te facturarían si tuvieras Medicare. Tú y el FEHB se benefician con estos límites de pagos. La atención en 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 tú:

- tienes 65 años o más; y
- no tienes la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o ninguno de los dos; y
- participas en este Plan como titular de beneficios, como excónyuge, o como miembro de la familia de un titular de beneficios o tu excónyuge; y
- no estás empleado en un puesto que brinda la cobertura de FEHB. (Tu oficina de empleo puede decirte si esto te corresponde).

Entonces, por tu atención en 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.
- Eres responsable del deducible (en la Opción Estándar únicamente), el coseguro o los copagos que te corresponda pagar de acuerdo con este Plan.
- No eres responsable de pagar ningún cargo mayor que el monto equivalente de Medicare; te mostraremos ese monto en el formulario de explicación de beneficios (EOB) que te enviamos.
- La ley prohíbe que un hospital te cobre más que el monto equivalente de Medicare.

Además, con respecto a la atención médica, la ley nos exige basar nuestro pago y tu 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 tu médico:	Eres responsable:	
	Opción Estándar	Opción Básica
participa en Medicare o acepta la asignación de Medicare por el reclamo y pertenece a nuestra red preferida.	de tus deducibles, coseguro y copagos	de tus copagos y coseguro
Participa en Medicare o acepta la asignación de Medicare y no pertenece a nuestra red preferida.	de tus deducibles, coseguro y copagos, y el saldo que corresponda hasta la cantidad autorizada por Medicare	todos los cargos

Si tu médico:	Eres responsable:	
	Opción Estándar	Opción Básica
no participa en Medicare y pertenece a nuestra red preferida. Nota: en muchos casos, tu pago será inferior debido a nuestros acuerdos preferidos. Comunícate con tu Plan Local para obtener información sobre cuánto puede cobrarte tu proveedor preferido en particular.	de tus deducibles, coseguro y copagos, y el saldo que corresponda hasta el 115 % de la cantidad autorizada por Medicare	de tus copagos y coseguro, y el saldo que corresponda hasta el 115 % de la cantidad autorizada por Medicare
No participa en Medicare y no pertenece a nuestra red preferida.	de tu deducibles, coseguro, copagos y el saldo que corresponda hasta el 115 % de la cantidad autorizada por Medicare	todos los cargos
Renuncia a Medicare a través de un contrato privado.	de tus deducibles, coseguro, copagos y el saldo que le cobre su médico	de tus 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) te dirá cuánto puede cobrarte el médico u hospital. Si tu médico u hospital tratan de cobrarte más de la cantidad que permite la ley, pídeles a tu médico u hospital que reduzcan los cargos. Si has pagado más de lo permitido, solicita un reembolso. Si necesitas más ayuda, llámanos.

Médicos que renuncian a Medicare

Un médico puede haber renunciado a Medicare y puede pedirte o no que firmes un contrato privado en el que aceptas que se te pueda facturar directamente a ti por los servicios habitualmente cubiertos por el Plan Medicare Original. Esta situación es diferente de un médico no participante, y te recomendamos que le preguntes a tu médico si ha decidido renunciar a Medicare. Si visitas un médico que ha renunciado a Medicare, el médico no tendrá el límite del 115 % de la cantidad autorizada por Medicare. Puedes ser elegible para pagar la diferencia entre el monto facturado y nuestros beneficios dentro de la red/fuera de la red normales.

Si tienes el Plan Medicare Original (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 ti si Medicare es el pagador primario, cuando Medicare no paga al centro de salud de VA.

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

- Si tu médico **acepta** la asignación de Medicare, tú no pagas nada por los cargos cubiertos (consulta la nota a continuación sobre la Opción Básica).
- Si tu médico **no acepta** la asignación de Medicare, tú pagas la diferencia entre el “cargo límite” o el cargo del médico (el que sea menor) y nuestro pago combinado con el pago de Medicare (consulta la nota a continuación sobre la Opción Básica).

Nota: **En la Opción Básica** debes utilizar **proveedores** preferidos para recibir beneficios. Consulta la página 20 para conocer las excepciones a este requisito.

Es importante que sepas que el médico que no acepta la cesión de Medicare no puede facturarte 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 recibas de Medicare incluirá más información sobre el cargo límite. Si tu médico trata de cobrarte más del monto que permite la ley, pídele que reduzca los cargos. Si no lo hace, denúncialo a la aseguradora de Medicare que te envió el formulario de MSN. Llámanos si necesitas más asistencia.

Revisa la siguiente tabla que ilustra tus responsabilidades de costo compartido cuando Medicare es tu pagador principal y tu proveedor está en nuestra red y participa con Medicare en comparación con lo que tú pagas sin Medicare. No tengas en cuenta este cuadro solamente, pero lee toda la información de esta sección del folleto. Puedes 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: Deducible

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$350 por el solicitante, \$700 por la familia
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00
Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: N/C
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$8,000 por el solicitante, \$16,000 por la familia
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: \$8,000 por el solicitante, \$16,000 por la familia
Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$6,500 por el solicitante, \$13,000 por la familia
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$6,500 por el solicitante, \$13,000 por la familia

Descripción de los beneficios: Reembolso de la prima de la Parte B

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: N/C
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: N/C
Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: N/C
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$800

Descripción de los beneficios: Médico de atención primaria

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$25
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00
Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$30
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Especialista

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$35
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00
Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$40
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: \$450
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Tú pagas **sin** Medicare: \$175/día hasta \$875
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Servicios hospitalarios ambulatorios

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: 15% o copago de \$25
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Tú pagas **sin** Medicare: 30% o copago de \$30-\$500
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Incentivos ofrecidos

Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: N/C
Opción Estándar Tú pagas **con** las Partes A y B de Medicare: N/C
Opción Estándar Tú pagas **sin** Medicare: N/C
Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: N/C

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

Lesión producida en un accidente	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 comes no se consideran lesiones producidas en un accidente. La atención dental por una lesión producida en un accidente 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 tienes un diagnóstico de enfermedad terminal y tomas decisiones sobre la atención que quisieras recibir si no puedes hablar sin ayuda.
Agentes	Los medicamentos y otras sustancias o productos administrados por boca, inhalados, que te coloquen o inyecten para diagnosticar, evaluar o tratar tu 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 miembro o su cónyuge para que paguemos beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarte directamente a ti, en calidad de miembro, 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. Visita 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, espermias 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 espermia 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 miembros, 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	Consulta la Sección 4, página 29.
Reclamos de atención simultánea	Un reclamo para atención continua o un tratamiento continuo que está sujeto a aprobación previa. Consulta la página 26 en la Sección 3.

Anomalia 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	Consulta la Sección 4, página 28.
Cirugía estética	Cualquier procedimiento quirúrgico o cualquier parte de un procedimiento quirúrgico efectuado principalmente con el fin de mejorar el aspecto físico a través del cambio de la forma del cuerpo, excepto cuando sea para reparar una lesión producida en un accidente, o para restablecer o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una enfermedad o intervención quirúrgica o para reparar una anomalía congénita.
Costos compartidos	Consulta la Sección 4, página 28.
Servicios cubiertos	Los servicios para los que proporcionamos beneficios, según se describe en este folleto.
Cuidados de apoyo o atención a largo plazo	<p>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 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 atención de largo plazo también pueden proporcionarse en el hogar del paciente, independientemente de cómo se defina.</p> <p>La atención de custodia o atención de largo plazo pueden 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Nosotros no ofrecemos beneficios para la atención de custodia o atención 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 atención de largo plazo.</p>
Equipo médico duradero	<p>Equipos y suministros que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fueron indicados por tu médico (es decir, el médico que te está tratando por tu 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 en fase de investigación o de experimentación

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 escritos 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 tu medicamento de marca. El efecto terapéutico y el perfil de seguridad de un alternativo genérico son similares a tu 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 tu medicamento de marca.

Cobertura de salud colectiva

La cobertura de atención médica para la que eres elegible en función de tu 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. Consulta la página 17 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 tu 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 tu salud y estilo de vida, y te 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 te recomendamos conversar con tu proveedor de atención médica. Para obtener más información, visita nuestro sitio web, www.fepblue.org .
Cobertura hospitalaria interna	<p>Eres un paciente hospitalizado cuando te admiten formalmente en un hospital con una orden de un médico.</p> <p>Nota: La atención de pacientes hospitalizados requiere certificación previa. Para algunos servicios y procedimientos también debe obtenerse aprobación previa. Consulta las páginas 21 a 26.</p>
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 Alimentos medicinales	<p>Un Plan de Blue Cross o Blue Shield que cubre un área geográfica determinada.</p> <p>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.</p>
Necesidad médica	<p>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 profesional o centro de salud proveedor 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.

Para 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 profesionales o centros de salud proveedores 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, tienes 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 res frío 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 puedes contraer durante tu estadía en el hospital, tales como escaras graves de decúbito. Consulta las páginas 7 y 8 para obtener más información.

Servicios de observación

Aunque pases la noche en una habitación del hospital y recibas comidas y otros servicios hospitalarios, algunos servicios y estancias nocturnas, 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 estás en el hospital durante más de algunas horas, siempre pregunta al médico o al personal del hospital si tu estadía se considera como paciente hospitalizado o ambulatorio.

Pacientes ambulatorios

Eres un paciente ambulatorio si estás 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 admitirte en un hospital como paciente hospitalizado. En estos casos, eres un paciente ambulatorio si te admiten en una sala del hospital para observación y pasas 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 tu costo compartido por servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio calculan sus cantidades autorizadas de diferentes maneras. Si el monto que factura tu 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:** 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 tu 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 tu reclamo que puede reducir o aumentar el monto que debemos pagar al centro de salud. Sin embargo, el costo compartido que debes 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 tu nombre. (Consulta la página 123 para obtener información especial sobre los límites en las cantidades que pueden cobrarte los dentistas preferidos en la Opción Estándar).

- **Proveedores participantes:** nuestra cantidad autorizada (la que podemos llamar “cantidad autorizada para proveedores participantes” [Participating Provider Allowance, PAR]) 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 tu reclamo y puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de procesado tu reclamo que puede reducir o aumentar la cantidad que debemos pagar al centro de salud. Sin embargo, el costo compartido que debes 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 tu nombre.
- **Proveedores no participantes:** no tenemos acuerdos con estos proveedores para limitar la cantidad que te pueden facturar por sus servicios. Esto significa que, si utilizas proveedores no participantes, podrías pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibes. 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 tu 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 deseas obtener información adicional o la cantidad autorizada actual, llama al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación. En el caso de las hospitalizaciones para pacientes internados como resultado de emergencias médicas o lesiones accidentales, o en el caso de los partos de emergencia, nuestra cantidad autorizada es el monto facturado o el monto de pago calificado (qualifying payment amount, QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor.
 - Para los servicios que no sean de emergencia para pacientes ambulatorios 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 es la cantidad autorizada por el Plan Local. Esta cantidad autorizada se aplica a todos los servicios cubiertos facturados por el hospital. Si tienes pensado utilizar un hospital no miembro u otro centro de salud no miembro para su procedimiento ambulatorio, llámanos antes de recibir los servicios al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación para obtener la cantidad autorizada actual y ayuda en la estimación de sus gastos de desembolso directo totales.
 - Para los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios prestados o facturados por hospitales y otros centros de salud que no tienen contrato con los planes locales de Blue Cross and Blue Shield (“centros de salud no miembros”), nuestra cantidad autorizada es la autorizada por el Plan Local de la zona geográfica en la que se realizó u obtuvo la atención. Esta cantidad autorizada se aplica a los servicios de diálisis cubiertos facturados por el hospital o centro de salud. Comunícate con tu Plan Local si necesitas más información.

Ten en cuenta que los centros de salud no miembros pueden facturarte cualquier diferencia entre la cantidad autorizada y el monto facturado. Es posible que puedas reducir tus gastos de desembolso directo al utilizar un hospital preferido para tu procedimiento quirúrgico ambulatorio o diálisis. Para encontrar un proveedor preferido, ingresa en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor and Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación.

- 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 o el monto de pago calificado (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales (menos cualquier monto por servicios no cubiertos), lo que sea menor.

- Para los servicios médicos que no son de emergencia prestados en hospitales preferidos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos identificados en virtud de la Ley de No Sorpresas (No Surprises Act, NSA) (consulta la página 32) que no tienen contrato con tu plan local de Blue Cross and Blue Shield y no pueden facturarte el saldo en virtud de esta regulación, nuestra cantidad autorizada es igual al monto facturado o al monto de pago calificado (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor.
- Para médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que no tienen contrato con tu 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. Comunícate con tu Plan Local si necesitas 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 los servicios médicos de emergencia prestados en el departamento de emergencias de un hospital proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos, y proveedores de ambulancia aérea que no tienen contrato con su plan local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra cantidad autorizada es igual al monto facturado o al monto de pago calificado (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor.
- Para los medicamentos con receta médica proporcionados por farmacias minoristas que no tienen contrato con CVS Caremark, nuestra cantidad autorizada es el precio mayorista promedio (AWP) de un medicamento en la fecha en que se despacha, conforme a lo estipulado por Medi-Span en su registro nacional de medicamentos.
- Para los servicios que recibes 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), 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 los montos que autorizamos para proveedores no participantes en el área de Washington, D. C., o en el porcentaje usual del cargo facturado, lo que sea mayor.

¡Aviso importante acerca de los proveedores No participantes!

Nota: **Si utilizas proveedores no participantes o no miembros, podrías pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibes.** Los proveedores no participantes y no miembros no tienen obligación de aceptar nuestra cantidad autorizada como pago total. Si utilizas proveedores no participantes o no miembros, serás responsable de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado (excepto en determinadas circunstancias que involucran atención de un profesional no participante cubierta; consulta a continuación). Además, serás responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicables. Puedes reducir tus gastos de desembolso directo al utilizar proveedores preferidos siempre que sea posible. Para encontrar un proveedor Preferido, ingresa en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámanos al número de teléfono de servicio al cliente que figura al reverso de tu tarjeta de identificación. Te aconsejamos consultar siempre a proveedores preferidos para tu atención.

Nota: para **ciertos** servicios cubiertos de proveedores profesionales no participantes, puede limitarse tu responsabilidad de la diferencia entre la cantidad autorizada para proveedores no participantes (NPA) y el monto facturado. Consulta la página 32.

Para obtener más información, consulta 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, consulta las páginas 32 y 130.

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	Deberás cumplir con el requisito de comunicarte 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. Consulta 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 proporcionarte servicios a un menor costo. La PPO le ofrece la oportunidad de reducir tus gastos de desembolso directo por tu 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 tus 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 para adultos	<p>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]); 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; prueba de 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; 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.</p> <p>Nota: los servicios de anestesia y patología relacionados con las pruebas de detección quirúrgicas colorrectales de prevención también se pagan como atención preventiva.</p>
Aprobación previa	<p>La confirmación por escrito de que se proporcionarán beneficios que dan las siguientes entidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. el Plan Local del área donde se brindarán los servicios; o 2. El Programa de Farmacias Minoristas, el programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad. <p>Para obtener más información, consulta las descripciones de beneficios en la Sección 5 y <i>Otros servicios</i> en la Sección 3, en <i>Necesitas aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i>, en las páginas 21 a 24.</p>
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 144).

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 producida en un accidente. Para 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	<p>Los productos farmacéuticos incluidos en la Lista de medicamentos de especialidad del Plan de Beneficios de Servicio que, por lo general, tienen un costo alto y una o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Requieren 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	Los servicios que no son de emergencia prestados por teléfono o video en línea seguro para afecciones agudas menores (consulta la página 155 para ver la definición), atención dermatológica y orientación para trastornos de salud conductual y por consumo de sustancias, y orientación nutricional. Visita www.fepblue.org/telehealth o llama a la línea gratuita 855-636-1579, TTY: 855-636-1578 para acceder a este beneficio. Después de tu visita de telesalud, haz un seguimiento con tu proveedor de atención primaria.
Servicios de telemedicina	Servicios proporcionados por teléfono o video en línea seguro para servicios de evaluación y gestión. Esto no incluye el uso de fax o correo electrónico; los costos asociados con la habilitación o el mantenimiento de las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores; ni los honorarios por los servicios asíncronos: la información médica almacenada y reenviada para que un médico o profesional de atención médica los revise más adelante en un lugar distante sin que el paciente esté presente. Los proveedores deben prestar servicios cubiertos que actúen dentro del alcance de su licencia o certificación en virtud de la ley estatal aplicable. Ten en cuenta que tu proveedor de atención médica debe saber cuándo y dónde puede tratarte. Tú, por tu parte, eres responsable de identificar con precisión a tu proveedor donde se encuentra físicamente para el servicio que recibiste a través de tecnologías de telesalud (telemedicina). Tú y tu médico deben estar en el mismo estado, territorio o país extranjero de los EE. UU., según lo exija la legislación aplicable.
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 podría en peligro tu vida o tu salud.
- La espera podría en peligro tu posibilidad de recuperar tus funciones por completo.
- Según la opinión de un médico que conozca tu afección médica, la espera te 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 consideras que tu reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia, comunícate con nuestro departamento de servicio al cliente utilizando el número de teléfono que figura en el reverso de tu tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio e infómanos que el reclamo es urgente. Además, puedes probar que el reclamo es un reclamo de atención de urgencia si proporcionas evidencia de que un médico que conoce tu afección médica ha determinado que tu 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.

Tú/tu

“Tú” y “tu” se refieren al miembro (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 tu familia.

Índice

No debes basarte en esta página; esta información se proporciona para tu 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.

Aborto 57, 60, 61, 62, 134, 135	Prótesis mamarias y sostenes quirúrgicos..... 69	Dispositivos y medicamentos anticonceptivos.. 61, 62, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146
Lesión accidental... 95, 96, 115, 116, 118, 149, 150, 155, 168	Suministros y apoyo para la lactancia materna..... 60, 61, 62, 75	Coordinación de beneficios 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146
Acupuntura..... 74, 76, 77, 93	Pruebas de cáncer..... 51	Copagos... 14, 15, 33, 143, 147, 148, 151
Adultos 50	Rehabilitación cardíaca... 63, 64, 96, 97, 99, 100	Cirugía estética... 78, 79, 81, 82, 83, 156
Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)..... 9, 13, 55, 57	Control cardiovascular... 50, 52, 56, 60, 64, 84, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 104, 107, 137, 144	Costos por servicios cubiertos..... 33
Atención de alergias..... 62, 63	Programas de administración de la atención médica..... 157	Costos compartidos..... 33, 156
Trasplantes alogénicos.... 85, 87, 88, 89, 90, 91, 93	Administración de casos.. 86, 87, 88, 89, 90, 91, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 121, 122, 157	Información de cobertura..... 9
Tratamientos alternativos..... 76, 77	Yesos 78, 79, 81, 95, 96, 97, 99, 100	Centros de salud proveedores cubiertos..... 21
Tratamientos Alternativos..... 74	Protección contra gastos catastróficos..... 38, 170, 172	Profesionales proveedores cubiertos 20
Ambulancia 26, 112, 118	Prueba de detección de cáncer de cuello de útero..... 51, 55, 57	Tomografías computarizadas . 49, 96, 97, 99, 100, 155
Centro de cirugía ambulatoria 21, 96, 97, 98, 100, 102	CHAMPVA..... 144, 145, 146	Atención de custodia..... 23
Anestesia 93, 95, 96	Cambios para 2021 15, 17	Deducible..... 33, 43
Angiografías..... 50, 96, 97, 100	Quimioterapia 63, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 96, 97, 98, 99	Definiciones 155, 156, 157, 158, 159, 161, 163, 164
Apelaciones..... 31, 140, 142	Ley de Equidad para los Niños..... 11	Atención dental..... 83, 84, 149, 150, 151, 152, 169
Análisis de comportamiento aplicado (ABA) 26, 63, 96, 97, 100, 101, 135	Tatamio de manipulación quiropráctico..... 63, 64, 76, 77	Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes... 155, 170, 172
Trastorno del espectro autista 63, 64, 96, 97, 100, 101	Pruebas de colesterol. 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146	Programa para el manejo de la diabetes 154
Trasplante autólogo.. 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91	Circuncisión .. 57, 60, 61, 62, 77, 78, 79, 81	Asesoramiento sobre diabetes 75, 77, 96, 97, 99
Precio Mayorista Promedio (AWP) 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 170	Reclamos y presentación de reclamos ... 14, 17, 29, 156, 157, 161, 136, 138, 139, 141, 142, 155, 161, 163, 164	Suministros para la diabetes Programa de Medidor de Diabetes 131
Biopsias 78, 79, 81, 96, 97, 100	Visitas a la clínica... 46, 96, 97, 98, 99, 120, 121	Bombas de insulina 71
Centros de maternidad..... 21	Ensayos clínicos.. 27, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 134, 135, 146, 155, 157	Insulina, tiras reactivas y lancetas 131
Sangre y plasma sanguíneo ... 72, 75, 96, 97, 98	Rehabilitación cognitiva .. 65, 69, 96, 97, 98, 99, 110, 111	Agujas y jeringas desechables 133
Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93	Coseguro..... 14, 15, 23, 34, 155	Servicios de diagnóstico y tratamiento. 50, 55, 57, 60, 96, 97, 99, 102
Blue Distinction Centers.. 22, 86, 87, 91, 93, 107, 108, 109	Colonoscopia... 79, 81, 97, 98, 99	Pruebas de diagnóstico .. 48, 50, 57, 60, 61, 62, 121, 122, 124
for Transplants..... 86, 88, 90, 91	Colonoscopia para prueba de cáncer colorrectal 51, 77, 98	Diálisis .. 63, 72, 96, 97, 99, 110, 111
for Transplants..... 90	Confidencialidad 15, 157	Control de enfermedades 157
Atención especializada de Blue Distinction..... 22	Anomalías congénitas 26, 78, 79, 81, 156	Desacuerdos sobre reclamos 140, 142
Evaluación de Salud de Blue 153, 154, 155	Consultas 46, 120, 121	Divorcio..... 10, 12
Pruebas de densidad ósea. 50, 96, 97, 98, 100	Lentes de contacto.... 67, 69, 70, 133	Análisis de ADN en muestras de heces..... 51
Medicamentos de marca ... 127, 129, 130		
Sacaleches y suministros.. 57, 60, 61, 62		
Reconstrucción del seno. 80, 81, 82, 83		

Gastos del donante (trasplantes).. 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92	Healthy Families 153	132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 158
Medicamentos (ver: Medicamentos con receta médica) 70	Servicios de audición y audífonos 69, 71, 72	Necesidad médica..... 158
Equipo médico duradero (DME) . 70, 71, 139, 156	Servicios de atención médica a domicilio 72, 73, 75, 76	Suministros médicos . 75, 95, 96, 97, 98, 99, 111, 113, 114, 115
Dispositivos protésicos..... 81, 99	Atención de enfermería domiciliaria (maternidad)..... 57, 60, 61, 62	Medicamente necesarios 25, 30, 134, 135, 146
Dispositivos protésicos 68, 69, 70, 77, 81	Cuidados paliativos... 111, 113, 114, 115	Medicare 2, 25, 84, 86, 87, 110, 111, 156, 143, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 154
Dispositivos protésicos 94	Cuidados Paliativos..... 108	Cuenta de reembolso..... 156
Dispositivos protésicos 102	Hospital 50	Medicamentos y suministros..... 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146
Clases y programas educativos 75, 77	Paciente hospitalizado 22, 64, 66, 78, 79, 82, 93, 95, 97, 98, 111, 121	Centros de salud miembros.... 15, 21, 158, 159, 161
Electroencefalogramas 96, 97, 99, 100	Paciente ambulatorio... 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 115, 117, 121	Trastorno de la salud mental/por abuso de sustancias 55, 60, 61, 62, 108, 109, 110, 119, 120, 121, 122, 124, 157
Electrocardiogramas . 48, 96, 97, 99, 100	Pruebas del virus del papiloma humano (VPH) 51, 55	Resonancias magnéticas .. 47, 49, 96, 97, 98, 99, 155
Emergencia ... 23, 30, 115, 117, 118, 149, 150	Programa de manejo de la hipertensión 155, 156	Procedimientos múltiples .. 78, 79, 81
Inscripción 9, 11, 12	Vacunas 51, 55, 57, 96, 97, 99, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146	MyBlue Customer eService..... 156
Situaciones de excepción 23	Beneficios de hospitalización. 95, 96, 104, 107, 108, 109	National Doctor & Hospital Finder 157
Exclusiones 134, 135	Servicios profesionales para pacientes hospitalizados ... 25, 47, 95, 96	Pruebas neurológicas.. 47, 97, 98, 99
Experimental o de investigación. 157	Insulina..... 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146	Casos inadmisibles 8, 159
Beneficios de atención prolongada 106, 110, 111	Bombas de insulina..... 72, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146	Atención del recién nacido... 30, 46, 55, 57, 61, 62
Anteojos 67, 69, 70	I Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)..... 26, 63	Ley de No Sorpresas 37
Centros de salud proveedores 21	Servicios de laboratorio y de patología 23	Centros de salud no miembros 15, 159, 160, 161
Planificación familiar 61, 62	Selección de TC de dosis baja... 162	Proveedores no participantes . 15, 28, 35
Planificación Familiar 59, 60	Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 147, 161, 137, 138, 169, 172	Proveedores no preferidos..... 35, 39
Prueba de sangre oculta en la materia fecal..... 51	Mamografías 50, 51	Enfermero 21, 75, 76, 111, 113, 114, 115, 153, 157
FEDVIP..... 32, 149, 146	Tratamiento de manipulación. 74, 76, 96, 97, 98, 99	Orientación nutricional.... 50, 54, 55, 155, 158
Aplicación móvil de fepblue..... 158	Atención por maternidad.. 30, 55, 57, 60, 61, 62	Atención de observación..... 159
fepblue.org..... 4	Cirugía maxilofacial..... 83, 84	Atención obstétrica 55, 57, 60, 61, 62
Opción de beneficios flexibles .. 157, 158	Medicaid..... 144	Terapia ocupacional 65, 69, 111, 113, 114, 115
Cuidado de los pies..... 68	Emergencia médica... 23, 116, 117, 118	Visitas al consultorio..... 43, 46, 120, 121, 163, 169
Lista de medicamentos	Alimentos medicinales .. 72, 75, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 148	Asesor de salud en línea (OHC) . 153
aprobados/preferidos 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 148		Cirugía bucal..... 83, 84
Centro de salud acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT)..... 83		Trasplantes de órganos/tejidos ... 26, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92
Centro de salud ambulatorio independiente 21		Aparatos ortopédicos. 71, 72, 97, 98, 99
Atención de afirmación de género 24, 71, 72, 78, 79, 81		Tratamiento de manipulación osteopático..... 74, 76
Medicamentos genéricos... 127, 128, 129, 130		Detección de osteoporosis..... 162
Programa de Incentivo de medicamentos genéricos..... 130		Ostomy and catheter supplies . 72, 75
Detecciones/Pruebas genéticas... 47, 48, 49		
Mercado de seguros médicos 13		
Herramientas de salud 153		

Desembolsos directos.....	38, 43, 161, 162	receta médica del servicio de envío por correo	128, 129, 130, 134, 136	.43, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 161, 136, 137, 138, 162
Servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios..	97, 98, 99	Farmacias minoristas preferidas	14, 51, 125, 138, 139, 141, 161, 137	Derechos y responsabilidades
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios.....	46	Programa de farmacias minoristas ..	129, 135, 139, 140, 161, 137, 140	Alojamiento y comidas....
Montos pagados en exceso.....	39	Medicamentos autoinyectables	131, 164	25, 31, 48, 95, 97, 108, 109, 110, 112, 121, 122
Centro de Asistencia en el Extranjero	159	Programa de Farmacias de medicamentos de especialidad ..	129, 130, 140, 141, 142, 147, 161, 137, 138, 162	Servicios de detección.....
Servicios, medicamentos, suministros y reclamos en el extranjero	159, 161	Medicamentos de especialidad	162, 163, 164	162, 163
Oxígeno.....	70, 72, 75	Medicamentos de especialidad	126, 128, 141, 143, 138	Segunda opinión para cirugía..
Pruebas de Papanicolaou.....	51, 55	Medicamentos de especialidad 163		46, 47
Proveedores participantes..	46, 55, 57, 60, 61, 62, 63, 69, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 115, 116, 117, 120, 121, 152	Atención preventiva		Medicamentos autoinyectables..
Programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM)	129	Adultos	162	131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 162
Programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM)	127, 128, 129	Adultos	51, 52, 53, 54, 162	Sigmoidoscopia.....
Registro personal de salud.....	153	Niños.....	54, 55, 56	50
Tomografías por emisión de positrones.....	47, 97, 99, 101, 155	Atención preventiva.....	50	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF).....
Farmacoterapia	46, 47, 63, 69	Proveedor de atención primaria... ..	20, 43, 46, 55, 57, 61, 62, 63, 69, 71, 77, 112, 114, 115	21, 156
Exámenes físicos... ..	97, 99, 101, 102, 134, 135	Aprobación previa.....	24, 26, 27, 63, 69, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 94, 112, 114, 115, 125, 127, 128, 129, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 137, 138, 155, 158, 162	Dejar de fumar.....
Terapia física.. ..	47, 69, 112, 114, 115	Proveedores profesionales.....	20	75, 77, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 153
Médico	20, 25, 148, 151, 152, 157, 168, 169, 171, 172	Prueba de cáncer de próstata.....	50	Trabajador social.....
Cantidad autorizada por el Plan..	159	Dispositivos protésicos... ..	71, 72, 78, 79, 81, 82, 83, 94, 95, 97, 99, 101	157
Cantidad Autorizada por el Plan	160, 161	Psicoterapia.....	120, 121, 122, 124	Programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.....
PPO	14, 162	Rehabilitación pulmonar.. ..	63, 64, 69, 97, 99, 101	125, 126, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 160, 161, 138
Pruebas previas a la admisión	95, 96, 97	Radioterapia	63, 64, 69, 97	Medicamentos de especialidad ..
Certificación previa	24, 28, 158, 162	Reconsideraciones ..	29, 140, 141, 142	131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 162
Proveedores preferidos	14, 15, 23, 34	Reconstructivo.....	80, 81	Terapia del habla. ..
Embarazo (ver Atención por maternidad) Programa de Incentivos de Atención del Embarazo	155	Cuenta de reembolso.....	156	65, 69, 70, 97, 99, 100, 112, 114, 115
Medicamentos con receta médica.....	131, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147	Dialisis renal.....	21, 63, 69, 97, 99, 100, 101	Dispositivos de generación del habla
Medicamentos de marca ..	127, 136, 139	Cobertura de reemplazo.....	12	70
Medicamentos de otras fuentes	147, 148	Servicios de reproducción.....	60, 61, 62, 155	Dispositivos de generación del habla
Medicamentos genéricos.....	126, 127, 136	Tecnología de reproducción asistida (ART)	61, 155	72
Programa de medicamentos con Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross® and Blue Shield® para 2022		Centro de tratamiento residencial (RTC).. ..	21, 24, 28, 105, 108, 109, 110, 121, 122, 157, 156	Trasplantes de células madres ..
		Programa de Farmacias Minoristas		84, 86, 87, 88, 89, 90, 91

Reversión de esterilización	
voluntaria.....	60, 80
Implantes quirúrgicos.....	69, 98, 102
Tratamiento quirúrgico de la	
obesidad mórbida	26, 78, 79
Trasplantes	84, 85
Jeringas.....	131, 132, 134, 135, 136, 137,
	139, 140, 142, 143, 144, 145, 146
Telesalud	163
Dermatología.....	158, 163
Trastorno de la salud mental/por	
abuso de sustancias.....	57
Afecciones agudas menores...	163
Afecciones agudas menores..	158,
159	
Orientación nutricional ..	155, 163
Continuación temporal de la	
cobertura (TCC).....	12
Dejar de consumir tabaco.....	75, 77,
	131, 132, 134, 135, 136, 137, 139,
	141, 142, 143, 144, 145, 146, 153
Trasplantes.....	22, 25, 63, 69, 84, 86, 87,
	88, 90, 91, 93
Beneficio de viaje.....	91, 92, 93, 153
Terapias de tratamiento.....	63, 64, 69
TRICARE	144
Ecografías ...	47, 48, 49, 97, 99, 100
Centro de atención de urgencia .	115,
116, 117	
Reclamos de atención de urgencia	
29, 164	
Centros de salud de VA	152
Servicios para la vista.....	69, 70, 146
Renuncias	34
Control de peso.....	153, 134, 135
Sillas de ruedas	70, 72, 74, 110, 112,
115, 118	
Pelucas	69, 71
Radiografías	49, 146

Resumen de Beneficios de la Opción Estándar del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2022

No tengas en cuenta este cuadro solamente. Esto es un resumen. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto. Antes de tomar una decisión, lee este folleto de FEHB.

Si deseas inscribirte o cambiar tu inscripción en este Plan, verifica que hayas anotado el código de inscripción correcto que figura en el frente de tu formulario de inscripción.

En el siguiente cuadro, un asterisco (*) significa que el beneficio está sujeto al deducible de \$350 por persona (\$700 por inscripción del solicitante y una persona o el solicitante y su familia) por año calendario. Si utilizas un médico u otro profesional de atención médica que no pertenece a la PPO, generalmente, pagas cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado, además de la participación de nuestra cantidad autorizada que se indica a continuación.

Puedes también obtener una copia de nuestro Resumen de los beneficios y de la cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible en www.fepblue.org/brochure.

Beneficios de la Opción Estándar	Tú pagas	Página
Servicios médicos proporcionados por médicos: servicios de diagnóstico y tratamiento en consultorio	PPO: nada por atención preventiva; 15 %* de nuestra cantidad autorizada; \$25 por visita al consultorio para los médicos de atención primaria y otros profesionales de atención médica \$35 por visita al consultorio de especialistas No PPO: 35%* de nuestra cantidad autorizada	39-46
Servicios médicos proporcionados por médicos: servicios de telesalud	PPO: nada para las primeras 2 visitas por año calendario después de la segunda visita: copago de \$10 por visita No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos	39, 99
Servicios proporcionados por un hospital: cobertura hospitalaria interna	PPO: \$350 por admisión No PPO: \$450 por admisión, más el 35 % de nuestra cantidad autorizada	79-81
Servicios proporcionados por un hospital: pacientes ambulatorios	PPO: 15 %* de nuestra cantidad autorizada No PPO: 35%* de nuestra cantidad autorizada	81-85
Beneficios de emergencia: lesión producida en un accidente	PPO: nada por servicios hospitalarios y de atención médica para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas; luego se aplican los beneficios normales No pertenecen a la PPO: 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: nada	95-96
Beneficios de emergencia: emergencia médica	Atención de urgencia de la PPO: copago de \$30; atención en la sala de emergencias de la PPO y No PPO: 15 %* de nuestra cantidad autorizada; los beneficios normales por atención médica y hospitalaria* proporcionada en un ámbito que no sea la sala de emergencias/centro de atención de urgencia de la PPO Servicios de transporte en ambulancia terrestre: \$100 por día para ambulancia terrestre (sin deducible); \$150 por día para ambulancia aérea o marítima (sin deducible)	96-97

Beneficios de la Opción Estándar	Tú pagas	Página
Tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	<p>PPO: el costo compartido normal, como un copago de \$25 por visita al consultorio; \$350 por admisión de paciente hospitalizado</p> <p>No pertenecen a la PPO: el costo compartido normal, como el 35 %* de nuestra cantidad autorizada por visitas al consultorio; \$450 por hospitalización en centros de salud miembros, más el 35 % de nuestra cantidad autorizada</p>	98-102
Medicamentos con receta médica	<p>Programa de Farmacias minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPO: \$7.50 por cada compra de un suministro de hasta 30 días de medicamentos genéricos (\$5.00 por un suministro de 30 días si tienes la cobertura primaria de la Parte B de Medicare)/30% de nuestra cantidad autorizada para medicamentos de marca preferidos/50% de nuestra cantidad autorizada para medicamentos de marca no preferidos • No PPO: 45 % de nuestra cantidad autorizada (AWP) <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$15 para medicamentos genéricos (\$10 si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare)/\$90 para medicamentos de marca preferidos/\$125 para medicamentos de marca no preferidos por receta; un suministro de hasta 90 días <p>Programa de farmacias de medicamentos de especialidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$65 por medicamentos de especialidad preferidos para una compra de un suministro de hasta 30 días; \$85 por medicamentos de especialidad no preferidos para una compra de un suministro de hasta 30 días 	108-120
Atención dental	Las cantidades autorizadas indicadas para servicios de diagnóstico y preventivos, los beneficios normales para los servicios odontológicos necesarios debido a una lesión producida en un accidente, y cirugía bucal y maxilofacial cubierta	123
Bienestar y otras características especiales: herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; MyBlue® Customer eService; Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes; Buscador de médicos y hospitales nacionales; Healthy Families; beneficios/servicios de viaje en el extranjero; Programas de Administración de la Atención Médica y opciones de beneficios flexibles	Consulta la Sección 5(h).	125-129

Beneficios de la Opción Estándar	Tú pagas	Página
<p>Protección contra costos catastróficos(tu desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitante únicamente: Nada después \$6,000 (PPO) u \$8,000 (PPO/No PPO) por contrato por año • solicitante y una persona: Nada después \$12,000 (PPO) o \$16,000 (PPO/no PPO) por contrato por año • solicitante y su familia: Nada después \$12,000 (PPO) o \$16,000 (PPO/no PPO) por contrato por año <p>Nota: Algunos costos no cuentan como parte de esta protección.</p> <p>Nota: 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.</p>	<p>32-33</p>

Resumen de beneficios para la Opción Básica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2022

No tengas en cuenta este cuadro solamente. Esto es un resumen. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto. Antes de tomar una decisión, lee este folleto de FEHB.

Si deseas inscribirte o cambiar tu inscripción en este Plan, verifica que hayas anotado el código de inscripción correcto que figura en el frente de tu formulario de inscripción.

La Opción Básica no proporciona beneficios cuando utilizas proveedores no preferidos. Consulta la página 20 para conocer la lista de las excepciones a esterequisito. No hay deducible para la Opción Básica.

Puedes también obtener una copia de nuestro Resumen de los beneficios y de la cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible en www.fepblue.org/brochure.

Beneficios de la Opción Básica	Tú pagas	Página
Servicios médicos proporcionados por médicos: servicios de diagnóstico y tratamiento en consultorio	PPO: nada por atención preventiva; \$30 por visita al consultorio de médicos de atención primaria y otros profesionales de atención médica; \$40 por visita al consultorio de especialistas No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos	39-46
Servicios médicos proporcionados por médicos: servicios de telesalud	PPO: nada para las primeras 2 visitas por año calendario después de la segunda visita: copago de \$15 por visita No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos	39, 99
Servicios proporcionados por un hospital: cobertura hospitalaria interna	PPO: \$175 por día hasta \$875 por admisión No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos	79-81
Servicios proporcionados por un hospital: pacientes ambulatorios	PPO: \$100 por día por centro de salud No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos	81-85
Beneficios de emergencia: lesión producida en un accidente	PPO: copago de \$35 por atención de urgencia; copago de \$175 por atención en la sala de emergencias No PPO: copago de \$175 por atención en sala de emergencias; tú pagas todos los cargos por la atención en ámbitos que no sean la sala de emergencias Servicios de transporte en ambulancia: \$100 por día para ambulancia terrestre; \$150 por día para ambulancia aérea o marítima	95-96
Beneficios de emergencia: emergencia médica	Igual que para las lesiones producidas en un accidente	96-97
Tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	PPO: el costo compartido normal, como un copago de \$30 por visita al consultorio; \$175 por día hasta \$875 por hospitalización No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos	98-102

Beneficios de la Opción Básica	Tú pagas	Página
Medicamentos con receta médica	<p>Programa de Farmacias minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPO: \$10 genérico/\$55 de medicamentos de marca preferidos por receta (\$50 si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare)/60% de coseguro [\$75 mínimo] para medicamentos de marca no preferidos (50% [\$60 mínimo] si tienes cobertura primaria de la Parte B de Medicare) • No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos <p>Programa de farmacias de medicamentos de especialidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$85 por medicamentos de especialidad preferidos para una compra de un suministro de hasta 30 días; \$110 por medicamentos de especialidad no preferidos para una compra de un suministro de hasta 30 días <p>Programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo (solo para miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 para medicamentos genéricos/\$100 para medicamentos de marca preferidos/\$125 para medicamentos de marca no preferidos por receta; un suministro de hasta 90 días 	108-120
Atención dental	<p>PPO: copago de \$30 por evaluación (examen, limpieza y radiografías); la mayoría de los servicios están limitados a 2 por año; selladores para niños de hasta 16 años; copago de \$30 por evaluaciones bucales asociadas requeridas por una lesión producida en un accidente; beneficios normales para cirugía bucal y maxilo facial cubierta</p> <p>No pertenecen a la PPO: tú pagas todos los cargos</p>	124
Bienestar y otras características especiales: herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; MyBlue® Customer eService; Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes; Buscador de médicos y hospitales nacionales; Healthy Families; beneficios/servicios de viaje en el extranjero; Programas de Administración de la Atención Médica y opciones de beneficios flexibles	Consulta la Sección 5(h).	125-129
Protección contra costos catastróficos (tu desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos)	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitante únicamente: Nada después \$6,500 (PPO) por contrato por año • solicitante y una persona: Nada después \$13,000 (PPO) por contrato por año • solicitante y su familia: Nada después de \$13,000 (PPO) por contrato por año; nada después de \$6,500 (PPO) por persona por año <p>Nota: Algunos costos no cuentan como parte de esta protección.</p> <p>Nota: 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.</p>	32-33

Notas

Notas

Notas

Notas

Información sobre las tarifas para 2022 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield

Para comparar tus opciones del plan de salud de FEHB, visita www.opm.gov/fehbcompare.

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

Las primas para empleados tribales se indican en la columna de tarifa de prima mensual. El monto indicado en la contribución de empleados es el monto máximo que pagará. Tu empleador tribal puede elegir contribuir una parte más elevada de tu prima. Comunícate con tu director de Beneficios Tribales para conocer las tarifas exactas.

Tipo de inscripción	Código de inscripción	Tarifa de prima			
		Quincenal		Mensualmente	
		Participación del gobierno	Tu participación	Participación del gobierno	Tu participación
En todo el país					
Opción Estándar solicitante únicamente	104	\$244.86	\$127.47	\$530.53	\$276.19
Opción Estándar solicitante y una persona	106	\$524.63	\$289.61	\$1,136.70	\$627.49
Opción Estándar solicitante y su familia	105	\$574.13	\$314.11	\$1,243.95	\$680.57
En todo el país					
Opción Básica solicitante únicamente	111	\$240.56	\$80.18	\$521.21	\$173.73
Opción Básica solicitante y una persona	113	\$524.63	\$196.13	\$1,136.70	\$424.95
Opción Básica solicitante y su familia	112	\$574.13	\$212.29	\$1,243.95	\$459.96