

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

www.fepblue.org



2023

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. Consulte la página 9 para obtener detalles. Este Plan está acreditado. Consulte la página 14.

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 2023: página 17
- Resumen de Beneficios: página 176



Autorizado para su distribución por la:



United States
Office of Personnel Management

Atención de la salud 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 Acreditada. Esto significa que no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare y pague de más por la cobertura de beneficio de medicamentos con receta médica. Si decide inscribirse en la Parte D de Medicare más adelante, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía siempre que mantenga su cobertura de FEHB.

Sin embargo, si elige inscribirse en la Parte D de Medicare, puede mantener su cobertura de FEHB y su plan de FEHB coordinará los beneficios con Medicare.

Recuerde: si es titular de beneficios y cancela su cobertura de FEHB, no podrá reinscribirse en el Programa de FEHB.

Aviso

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

Beneficios para personas con bajos ingresos de Medicare

Para personas con ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. La información acerca de este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en línea, en www.socialsecurity.gov, o llamando a la SSA al 800-772-1213, TTY: 711.

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

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 800-MEDICARE 800-633-4227, TTY 711.

Índice

Introducción.....	4
Lenguaje sencillo	4
¡Detenga el fraude de atención de la salud!	4
La discriminación es ilegal	5
Cómo evitar errores médicos	6
Información sobre FEHB.....	9
Información de cobertura.....	9
• No hay limitaciones por afecciones preexistentes	9
• Cobertura esencial mínima (MEC).....	9
• Estándar de valor mínimo	9
• Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el Programa de FEHB	9
• Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia	10
• Cobertura para los miembros de la familia.....	11
• Ley de Equidad para los Niños.....	11
• Cuándo comienzan los beneficios y las primas	12
• Cuando se jubila	12
Cuándo pierde los beneficios.....	12
• Cuándo termina la cobertura de FEHB.....	12
• Al divorciarse	13
• 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
Sus derechos y responsabilidades.....	15
Sus registros médicos y de reclamos son confidenciales	16
Sección 2. Cambios para 2023.....	17
Cambios en nuestra Opción Estándar únicamente	17
Cambios en nuestra Opción Básica únicamente	17
Cambios en nuestras Opciones Estándar y Básica.....	17
Sección 3. Cómo obtener atención.....	19
Tarjetas de identificación.....	19
Dónde obtener la atención cubierta.....	19
Protección contra la facturación de saldo	19
• Profesionales proveedores cubiertos.....	20
• Centros de salud proveedores cubiertos.....	20
Qué debe hacer para obtener la atención cubierta.....	22
• Atención de transición	23
• Si está hospitalizado cuando comienza su inscripción	23
Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios	23
• 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	23
• Otros servicios	25
• Cirugía realizada por proveedores no participantes en la Opción Estándar	28
Cómo solicitar precertificación para una admisión u obtener aprobación previa para <i>Otros servicios</i>	28
• Reclamos de atención de la salud no urgente	28
• Reclamos de atención de urgencia.....	29

• Reclamos de atención simultánea.....	29
• Admisión para hospitalización de emergencia	29
• Cuidados por maternidad.....	30
• Si es necesario extender su estadía en el centro de atención	30
• Si es necesario extender su tratamiento	30
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el reclamo previo al servicio	30
• Para que se reconsidere un reclamo de atención de la salud no urgente.....	30
• Para que se reconsidere un reclamo de atención de urgencia	31
• Para presentar una apelación ante la OPM	31
Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos	32
Participación en los costos/costos compartidos	32
Copago.....	32
Deducible.....	32
Coseguro.....	33
Si su proveedor habitualmente renuncia a su costo	33
Renuncias.....	33
Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura.....	33
Aviso importante sobre facturación sorpresa: conoce sus derechos	36
Sus costos por otra atención.....	37
Su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos para deducibles, coseguro y copagos	37
Transferencia	38
Si le pagamos de más.....	38
Cuando los centros de salud del gobierno nos emiten facturas.....	39
Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS).....	39
Sección 5. Beneficios.....	40
Sección 5. Descripción general de las Opciones Estándar y Básica	42
Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan.....	146
Sección 6. Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos.....	147
Sección 7. Presentación de un reclamo por servicios cubiertos	149
Sección 8. Proceso para desacuerdos sobre reclamos	153
Sección 9. Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura	156
Cuando tiene otra cobertura de salud.....	156
• TRICARE y CHAMPVA	157
• Compensación del trabajador	157
• Medicaid	157
Cuando otros organismos del gobierno son responsables de su atención	157
Cuando otras personas son responsables de las lesiones	158
Cuando tiene el Plan de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP)	159
Ensayos clínicos	159
Cuando tiene Medicare	160
• El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B).....	160
• Infórmenos sobre su cobertura de Medicare.....	161
• Contrato privado con su médico	161
• Medicare Advantage (Parte C)	161
• Cobertura de medicamentos con receta médica por Medicare (Parte D).....	162
• Cobertura de medicamentos con receta médica por Medicare (Parte B).....	162
Si tiene 65 años o más y no tiene Medicare	164
Médicos que renuncian a Medicare	165
Si tiene el Plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambas)	165
Sección 10. Definiciones de los términos que usamos en este folleto	167
Índice alfabético	177

Resumen de los beneficios para la Opción Estándar del Plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross and Blue Shield para 2023 180

Resumen de beneficios para la Opción Básica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2023 183

Información sobre las tarifas para 2023 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield..... 186

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 comuníquese con su Plan Local llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

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

Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan

1310 G Street, NW, Suite 900
Washington, DC 20005

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

Si está inscrito en este Plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito en la cobertura para el solicitante y una persona o solicitante y su familia, cada miembro de la familia elegible también tiene derecho a estos beneficios. Usted no tiene derecho a recibir los beneficios que estuvieran disponibles antes del 1 de enero de 2023, 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 vigencia el 1 de enero de 2023 y se resumen en las páginas 17 a 18. 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: “usted” 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 usted conoce. 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, le aclararemos su significado.
- Nuestro folleto y los folletos de otros planes de FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarle a comparar los planes.

¡Detenga el fraude de atención de la salud!

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

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

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

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

- Evite usar proveedores de atención de la salud que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturarnoslo para que este se pague.
- Lea detenidamente las declaraciones de explicaciones de beneficios (explanations of benefits, EOB) que le proporcionamos.
- Revise su historial de reclamos periódicamente para verificar que sean precisos y garantizar que no hayamos facturado servicios que nunca recibió.
- No le pida a su médico que ingrese datos falsos en los certificados, las facturas o los registros a fin de que nosotros paguemos un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha cobrado por servicios que no recibió, le ha facturado dos veces el mismo servicio o ha tergiversado alguna información, haga lo siguiente:
 - Llame al proveedor y pídale una explicación. Posiblemente se trate de un error.
 - Si el proveedor no resuelve el problema, llámenos a la Línea directa sobre fraude del Programa de Empleados Federales (Federal Employee Program, FEP) al 800-FEP-8440 (800-337-8440) y explíquenos la situación.
 - Si no resolvemos el problema, haga lo siguiente:

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

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

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

También puede escribir a la siguiente dirección:

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

- No mantenga como miembro de la familia en su póliza a las siguientes personas:
 - A su excónyuge después de una sentencia de divorcio o de una anulación de carácter definitivo (incluso si una orden judicial estipula lo contrario)
 - A su hijo mayor de 26 años (a menos que fuera 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 tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad de un dependiente, consulte a su oficina de personal si es empleado, a su oficina de jubilación (como la OPM) si es jubilado o al Centro Nacional de Finanzas si está inscrito en la Continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage, TCC).
- Se prohíben el fraude o las declaraciones falsas intencionales de hechos importantes en virtud del Plan. Puede ser enjuiciado por fraude o su agencia puede iniciar acciones legales en su contra. Algunos ejemplos de fraude son la falsificación de un reclamo para obtener beneficios del Programa de FEHB, el intento de obtención o la obtención de un servicio o una cobertura para usted o para cualquier persona que no sea elegible para recibir cobertura, o la inscripción en el Plan cuando ya no es elegible.
- Si su inscripción continúa después de la fecha en que dejas de ser elegible para recibir cobertura (es decir, se ha 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 le facture los servicios recibidos. Puede ser enjuiciado por fraude por utilizar deliberadamente beneficios del seguro de salud por los que no ha pagado las primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar su cobertura de seguro de salud.

La discriminación es ilegal

El Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables, 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 necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles de su Plan Local comunicándose con su Plan Local al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

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

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 puede 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, DC 20415-3610

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

Cómo evitar errores médicos

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

1. Haga preguntas si tiene dudas o inquietudes.

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

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

- Lleve los medicamentos o entréguele a su médico y farmacéutico una lista de todos los medicamentos y las dosis que toma, incluidos los medicamentos sin receta (de venta libre) y los suplementos nutricionales.
- Informe a su médico y farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, alimentos y otras alergias que tenga, como al látex.

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

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

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

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

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

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

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

Enlaces de seguridad del paciente

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

- www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. La Comisión Conjunta (Joint Commission) ayuda a las organizaciones de atención de la salud 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 de la salud de calidad y mejorar la calidad de la atención que usted recibe.
- 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 profesionales de atención de la salud que trabajan para mejorar la seguridad del paciente.

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

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

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

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

Información sobre FEHB

Información de cobertura

- **No hay limitaciones por afecciones preexistentes** No rechazaremos la cobertura del tratamiento de una afección que padecía antes de inscribirse en este Plan únicamente porque padecía la afección antes de la inscripción.
- **Cobertura esencial mínima (MEC)** La cobertura en virtud de este Plan califica como una cobertura esencial mínima (Minimum Essential Coverage, MEC). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para obtener más información sobre el requisito individual para la MEC.
- **Estándar de valor mínimo** Nuestra cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo del 60 % establecido por la ACA. Esto significa que brindamos beneficios para cubrir, al menos, el 60 % de los costos totales permitidos de los beneficios de salud esenciales. El estándar del 60 % es un valor actuarial; sus gastos de desembolso directo específicos se determinan según lo explicado en este folleto.
- **Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el Programa de FEHB** Visite www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare para obtener información sobre la inscripción, así como:
 - Información acerca del Programa de FEHB y los planes a su disposición
 - Una herramienta de comparación de planes de salud
 - Una lista de agencias que participan en Employee Express
 - Un enlace a Employee Express
 - Información y enlaces a otros sistemas de inscripción electrónica

Además, su oficina de empleo o jubilación puede responder a sus preguntas y entregarle folletos de otros planes y otros materiales que necesita para tomar una decisión informada sobre su cobertura de los Beneficios para Empleados del Gobierno Federal (FEHB). Estos materiales le informan lo siguiente:

- Cuándo puede cambiar su inscripción
- Cómo puede obtener cobertura para los miembros de su familia
- Qué ocurre si se transfiere a otro organismo federal, toma una licencia sin goce de sueldo, ingresa en el servicio militar o se jubila
- Qué sucede cuando finaliza su inscripción
- Cuándo comienza el próximo período de Inscripción Abierta

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

Una vez inscrito en su Plan del Programa de FEHB, debe comunicarse directamente con su aseguradora para obtener actualizaciones y hacer preguntas sobre su cobertura de beneficios.

- **Tipos de cobertura disponibles para usted y su 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 su cónyuge y sus hijos dependientes menores de 26 años, incluido cualquier niño en adopción temporal para los que la oficina de empleo o jubilación autorice la cobertura. En algunas circunstancias, también podrás prorrogar la cobertura para un hijo discapacitado que tenga 26 años o más y no pueda mantenerse por sí solo.

Si tiene cobertura para el solicitante únicamente, puede cambiar a la cobertura para el solicitante y una persona o para el solicitante y su familia si se casa, tiene un hijo o incorporas un niño a su familia. Puede cambiar su inscripción desde 31 días antes y hasta 60 días después de ocurrido ese hecho. La inscripción para el solicitante y una persona, o el solicitante y su familia comienza el primer día del período de pago en que el niño nace o se convierte en un miembro elegible de la familia. Cuando cambia a solicitante y una persona o solicitante y su familia porque se casa, el cambio entra en vigencia el primer día del período de pago que comienza luego de que su oficina de empleo reciba su formulario de inscripción. Ninguno de los beneficios estará disponible hasta que 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.

Comuníquese con su compañía de seguros para agregar un miembro de la familia cuando ya haya cobertura familiar.

Comuníquese con su oficina de empleo o jubilación si cambia de Solicitante únicamente a Solicitante más una persona o Solicitante y la familia, o para agregar a un miembro de su familia si actualmente tiene un plan de Solicitante únicamente.

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

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

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

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

Los miembros de su familia cubiertos por su cobertura de solicitante y su familia son su cónyuge (incluido su cónyuge por matrimonio de hecho válido si 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 usted y a su 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 proporciona 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. Comuníquese 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. Comuníquese 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.

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

- **Ley de Equidad para los Niños**

La OPM implementa la Ley de Equidad para los Niños 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 es un empleado sujeto a una orden judicial o administrativa que le exige proporcionar beneficios de salud a sus hijos.

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

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

Mientras la orden judicial/administrativa esté vigente y tenga, por lo menos, un hijo identificado en la orden que aún sea elegible para el Programa de FEHB, no podrás cancelar su inscripción, cambiar su cobertura a solicitante únicamente ni cambiarte a un plan que no preste servicios en el área donde

viven sus hijos, a menos que presentes documentación que demuestre que tiene otra cobertura para sus hijos.

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

- **Cuándo comienzan los beneficios y las primas** Los beneficios que se describen en este folleto entran en vigencia el 1.º de enero. Si te inscribes en este Plan durante la Inscripción Abierta, su cobertura comienza el primer día de su primer período de pago, que empieza el 1.º de enero o después de esa fecha. **Si cambió de plan o de opciones de plan durante la Inscripción abierta y recibió atención entre el 1 de enero y la entrada en vigencia de su cobertura en virtud de su nuevo plan o nueva opción, sus reclamos se procesarán de acuerdo con los beneficios para 2023 de su plan u opción anterior.** Si ha 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 en que entra en vigencia la cobertura en virtud de su nuevo plan u opción. Sin embargo, si su plan anterior abandonó el Programa de FEHB al finalizar el año, usted tiene cobertura en virtud de los beneficios para 2022 de ese plan hasta la entrada en vigencia de su cobertura con el nuevo plan. Las primas y la cobertura de los titulares de beneficios comienzan el 1.º de enero. Si se inscribe en cualquier otro momento del año, su oficina de empleo le informará la fecha en que entra en vigencia su cobertura.

Si su inscripción continúa después de la fecha en que dejas de ser elegible para recibir cobertura (es decir, se ha 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 le facturen los servicios recibidos directamente de su proveedor. Puede ser enjuiciado por fraude por utilizar deliberadamente beneficios del seguro de salud por los que no ha pagado las primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar su cobertura de seguro de salud.

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

Cuándo pierde los beneficios

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

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

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

- **Al divorciarse** Si se divorcia de un empleado federal o titular de beneficios, no puede continuar recibiendo beneficios en virtud de la inscripción de su excónyuge. Esto ocurre incluso cuando el tribunal le haya ordenado a su excónyuge que le proporcione cobertura de beneficios de salud. Sin embargo, puede ser elegible para obtener su propia cobertura de FEHB a través de la ley de equidad para el cónyuge o la TCC. Si está recién divorciado o anticipando un divorcio, comuníquese con la oficina de empleo o jubilación de su excónyuge para obtener más información acerca de sus opciones de cobertura. También puede visitar el sitio web de la OPM, www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/guides. Una aseguradora 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 deja su servicio federal o empleo tribal, o si pierde la cobertura porque ya no califica como miembro de la familia, puede ser elegible para recibir la TCC. Por ejemplo, puede recibir la TCC si no puede continuar la inscripción en FEHB cuando se jubila, si pierde su empleo federal, si es un hijo dependiente cubierto y cumple 26 años, independientemente del estado civil, etc.

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

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

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

También le informamos que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, en inglés) no eliminó la opción de TCC ni cambió las reglas de la TCC.
- **Cómo buscar cobertura de reemplazo** Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de seguros médicos de la ACA, consulte la siguiente sección de este folleto. Le ayudaremos a buscar una cobertura de reemplazo dentro o fuera del Mercado de seguros médicos. Para obtener ayuda, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o visite www.bcbs.com para acceder al sitio web de su Plan Local.

Nota: Nosotros no determinamos quién es elegible para comprar cobertura de beneficios de salud dentro del Mercado de seguros médicos de la ACA. Estas normas las establecen las agencias gubernamentales federales, que tienen la responsabilidad de implementar la ACA, y el Mercado de seguros médicos.
- **Mercado de seguros médicos** Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de seguros médicos de la ACA, visite www.HealthCare.gov. Este es un sitio web proporcionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que brinda información actualizada sobre el Mercado de seguros médicos.

Sección 1. Cómo funciona este plan

Este Plan es un plan de pago por servicio (fee-for-service, FFS). Puede elegir sus propios médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud. Le reembolsamos a usted o a su proveedor los servicios cubiertos, por lo general, sobre la base de un porcentaje del monto que autorizamos. El tipo y el alcance de los servicios cubiertos, y el monto que autorizamos, pueden ser distintos de los de otros planes. Lea detenidamente los folletos.

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

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

Características generales de 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 de la salud son “proveedores preferidos”. Cuando use nuestros proveedores de la PPO (preferidos), recibirá los servicios cubiertos a un costo reducido. Su Plan Local (o, para farmacias minoristas preferidas, CVS Caremark) es exclusivamente responsable de la selección de los proveedores de la PPO en su área. Comuníquese con su Plan Local para obtener los nombres de los proveedores (preferidos) de la PPO y para verificar que continúen participando. También puede visitar www.fepblue.org/provider/ para utilizar nuestro Buscador de médicos y hospitales nacionales. Puede acceder a nuestro sitio web a través del sitio web del FEHB, www.opm.gov/healthcare-insurance.

En la Opción Estándar, los beneficios de la PPO (preferidos) se aplican únicamente cuando usted usa 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 usa un proveedor de la PPO (preferido), se aplican los beneficios que no corresponden a la PPO (no preferidos).

En la Opción Básica, debe utilizar proveedores Preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 22 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 maxilofacial). Llámenos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para verificar que su proveedor es Preferido para el tipo de atención (p. ej., atención dental de rutina o cirugía bucal) que tiene 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 de la salud, médicos y otros profesionales de atención de la salud en su área de servicio, y es responsable de procesar y pagar los reclamos por los servicios que recibe dentro de esa área. Muchos de estos proveedores contratados, pero no todos, están en la red (preferida) de nuestra PPO.

- **Proveedores de la PPO.** Los proveedores (preferidos) de la PPO han acordado aceptar un monto negociado específico como pago total de los servicios cubiertos que se le proporcionan. **Nos referimos a los proveedores profesionales y centros de salud de la PPO como “preferidos”.** Por lo general, le facturarán directamente al Plan Local, que luego les pagará directamente a ellos. Usted no presenta un reclamo. Sus costos de desembolso directo son, por lo general, menores cuando recibe servicios cubiertos de proveedores preferidos, y se limitan a su coseguro o sus 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 usted. Han acordado no facturarle por los servicios cubiertos por un valor mayor al de su 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 usa proveedores no participantes, es posible que deba presentarnos sus reclamos. Nosotros le pagaremos nuestros beneficios y usted deberá pagarle al proveedor.

Usted debe pagar cualquier diferencia entre la cantidad que cobran los proveedores no participantes y nuestra cantidad autorizada (excepto en determinadas circunstancias; consulte las páginas 172 a 173). Además, debe 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, sus costos de desembolso directo pueden ser sustancialmente superiores cuando utiliza proveedores no participantes en relación con los costos de cuando utiliza proveedores preferidos o participantes.** En la Opción Básica, debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.

Nota: En las áreas de Planes Locales, los proveedores preferidos y los proveedores participantes que tienen un contrato con nosotros aceptarán el 100 % de la cantidad autorizada por el Plan como pago total para los servicios cubiertos. Como resultado, solo es 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.

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

Sus registros médicos y de reclamos son confidenciales

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

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

Sección 2. Cambios para 2023

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

Cambios en nuestra Opción Estándar únicamente

- Las insulinas preferidas ahora están cubiertas con un copago de \$35 por un suministro de hasta 30 días o un copago de \$65 por un suministro de 31 a 90 días, cuando son dispensadas por una farmacia minorista preferida. Anteriormente, usted pagaba un 20 % de la cantidad autorizada por el Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días. (Consulte la página 122).

Cambios en nuestra Opción Básica únicamente

- Sus costos compartidos para los servicios quirúrgicos y de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro ahora son un copago de \$150 por día por establecimiento. Anteriormente, su copago para estos servicios era de \$100 por día por centro de salud. (Consulte la página 88).
- Sus costos compartidos para análisis de laboratorio (como análisis de sangre y análisis de orina), servicios de patología y ECG ahora son un coseguro del 15 %. Anteriormente, usted no tenía que pagar nada por estos servicios. (Consulte las páginas 45 y 92).
- Su copago para una admisión como paciente hospitalizado ahora es de \$250 por día hasta un máximo de \$1,500 por admisión para una cantidad ilimitada de días. Anteriormente, usted pagaba un copago de \$175 por admisión hasta \$875 para una cantidad ilimitada de días. (Consulte las páginas 53, 83, 86, 95 y 109).
- Ahora cubrimos 12 visitas de acupuntura por año calendario. Anteriormente, cubríamos 10 visitas de acupuntura por año calendario. (Consulte la página 66).
- Su copago por servicios de observación de pacientes ambulatorios prestados y facturados por un hospital o centro de salud ambulatorio independiente ahora es de \$250 por día hasta un máximo de \$1,500. Anteriormente, usted pagaba un copago de \$175 por día hasta un máximo de \$875. (Consulte la página 89).
- Sus costos compartidos para los servicios de tratamiento y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro ahora son un copago de \$200 por día por centro de salud. Anteriormente, su copago para estos servicios era de \$150 por día por centro de salud. (Consulte la página 90).
- Sus costos compartidos para los servicios y suministros de la sala de emergencias de un hospital para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios profesionales de proveedores, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, análisis de laboratorio y servicios de patología, cuando son facturados por el hospital, ahora son un copago de \$250 por día por centro médico. Anteriormente, su copago para estos servicios era de \$175. (Consulte las páginas 104 y 105).
- Ahora, su copago para el Nivel 1 (medicamentos genéricos) sin cobertura primaria de la Parte B de Medicare es de \$15 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (\$40 por un suministro de entre 31 y 90 días). Anteriormente, su copago era de \$10 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (\$30 por un suministro de 31 a 90 días). (Consulte la página 124).
- Ahora, su copago para el Nivel 2 (medicamentos de marca) sin cobertura primaria de la Parte B de Medicare es de \$60 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (\$180 por un suministro de entre 31 y 90 días). Anteriormente, su copago era de \$55 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (\$165 por un suministro de 31 a 90 días). (Consulte la página 124).
- Ahora, usted es responsable de un copago mínimo de hasta \$90 por medicamentos del Nivel 3 (de marca no preferidos) para un suministro de hasta 30 días (\$250 como mínimo para un suministro de entre 31 y 90 días) sin cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Anteriormente, usted era responsable de un mínimo de \$75 para un suministro de hasta 30 días (\$210 como mínimo para un suministro de entre 31 y 90 días). (Consulte la página 124).

Cambios en nuestras Opciones Estándar y Básica

- Ahora cubrimos los exámenes preventivos de CT de dosis baja para detectar cáncer de pulmón para miembros de entre 50 y 80 años. Anteriormente, los beneficios de la prevención no comenzaban hasta los 55 años.

- Ahora requerimos aprobación previa para ciertos medicamentos de alto costo obtenidos fuera de una farmacia. Antes, no se requería aprobación previa. (Consulte la página 25).
- Ahora requerimos aprobación previa para la terapia con haz de protones. Antes, no se requería aprobación previa. (Consulte la página 25).
- Ahora requerimos aprobación previa para radiocirugía estereotáctica y radioterapia corporal estereotáctica. Antes, no se requería aprobación previa. (Consulte la página 25).
- Ahora cubrimos un año de almacenamiento de espermatozoides y óvulos para las personas que enfrentan infertilidad iatrogénica. Anteriormente, no había ningún beneficio para este servicio. (Consulte las páginas 25, 56 y 169).
- Ahora cubrimos la colonografía por tomografía computarizada (computed tomography, CT) en virtud del beneficio de la prevención para adultos para pruebas de detección de cáncer colorrectal. Anteriormente, esto no estaba cubierto por el beneficio de la prevención. (Consulte la página 47).
- Realizaremos cambios lo antes posible y le proporcionaremos beneficios de la prevención para las recomendaciones del USPSTF A y B, ACIP, HRSA y Bright Futures a medida que ocurran durante el año. Anteriormente, estas actualizaciones se realizaban anualmente. (Consulte las páginas 49 y 51).
- Ahora ofrecemos 8 visitas por año calendario para tratar la depresión asociada con el embarazo sin costo compartido para el miembro cuando se utiliza un proveedor preferido. Anteriormente, brindábamos cobertura solo para 4 visitas por año calendario. (Consulte la página 53).
- Ahora proporcionamos a las personas que están embarazadas un monitor de presión arterial gratis cuando se solicita a través de nuestro proveedor. (Consulte la página 54).
- Ahora cubrimos alimentos médicos para el tratamiento de errores congénitos del metabolismo de aminoácidos, independientemente de la edad. Anteriormente, limitábamos esto a personas menores de 22 años. (Consulte la página 119).
- Ahora proporcionamos beneficios para cirugía bariátrica médicamente necesaria a partir de los 16 años. Anteriormente, este beneficio se limitaba a personas mayores de 18 años. (Consulte la página 70).
- Ya no limitamos la cantidad de pruebas de compatibilidad de donantes que no sean hermanos de padre y madre para trasplantes. Anteriormente, teníamos un límite de tres pruebas de compatibilidad de donantes que no fueran hermanos de padre y madre. (Consulte la página 82).
- Ahora cubrimos el aerosol nasal de naloxona genérico sin costo compartido para la primera compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario. Anteriormente, cubríamos el aerosol nasal Narcan en virtud de este beneficio. (Consulte la página 123).
- Ahora proporcionamos cobertura para medicamentos para bajar de peso para tratar la obesidad cuando se adquieren a través de uno de nuestros programas de medicamentos de farmacia. Anteriormente, estos medicamentos no estaban cubiertos para el tratamiento de la obesidad.
- Ahora cubrimos condones de venta libre (OTC, en inglés) para todos los miembros sin costo compartido para el miembro cuando tiene una receta de su médico y se compran en una farmacia minorista preferida. Anteriormente, los beneficios estaban disponibles solo para condones femeninos. (Consulte la página 120).

Sección 3. Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación	<p>Le enviaremos una tarjeta de identificación (ID) cuando se inscriba. Debe llevar su tarjeta de identificación con usted en todo momento. La necesitará siempre que reciba servicios de un proveedor cubierto o surtas una receta a través de una farmacia minorista preferida. Hasta que reciba su tarjeta de identificación, utilice su copia del Formulario SF-2809 para Elección de Beneficios de Salud, su carta de confirmación de inscripción en el programa de beneficios de salud (para titulares de beneficios) o su carta de confirmación del sistema de inscripción electrónica (como Employee Express).</p> <p>Si no recibe su tarjeta de identificación en el término de 30 días a partir de la fecha en que entra en vigencia su inscripción, o si necesita tarjetas de reemplazo, llame al Plan Local que cubre la zona donde vive para solicitar que le asistan, o escríbenos directamente a la siguiente dirección: FEP® Enrollment Services, 840 First Street, NE, Washington, DC 20065. También puede solicitar tarjetas de reemplazo a través de nuestro sitio web www.fepblue.org.</p>
Dónde obtener la atención cubierta	<p>En virtud de la Opción Estándar, puede obtener atención de cualquier “proveedor profesional cubierto” o “centro de salud proveedor cubierto”. La cantidad que paguemos, o que usted pague, depende del tipo de proveedor cubierto que utilice. Si usa nuestros proveedores preferidos, participantes o miembros, pagará menos.</p> <p>En la Opción Básica, debe 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. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito. Consulte la página 14 para obtener más información sobre proveedores preferidos.</p> <p>Tanto con la Opción Básica como con la Estándar, también puede recibir atención para el tratamiento de afecciones agudas menores (consulte la página 170 para ver la definición), atención de dermatología (consulte la página 44), asesoramiento para trastornos de salud conductual y por abuso de sustancias (consulte la página 108), y asesoramiento nutricional (consulte las páginas 47 y 52), utilizando los servicios de teleconsulta prestados por teléfono llamando al 855-636-1579, TTY: 711, o por mensajería/video en línea seguro en www.fepblue.org/telehealth.</p>
Protección contra la facturación de saldo	<p>El término “médico 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. Las aseguradoras del FEHB deben tener cláusulas en sus acuerdos de proveedores (participantes) dentro de la red. 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 le factura servicios cubiertos por encima de su costo compartido normal (deducible, copago, coseguro), comuníquese con su aseguradora para hacer cumplir los términos de su contrato de proveedor.</p>

- **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 de la salud 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 de la salud, 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.** Su Plan Local es responsable de determinar el estado de la licencia y el alcance de la práctica del proveedor. Según figura en la Sección 5, el Plan limita la cobertura de algunos servicios, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica clínica, independientemente del área geográfica.

Este plan reconoce que los miembros transgénero, de género no binario y otros géneros diversos requieren atención de la salud proporcionada por proveedores de atención de la salud con experiencia en salud de afirmación de género. Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los miembros que cumplan con las pautas de necesidad médica, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo o género.

Si tiene preguntas sobre los proveedores cubiertos o desea conocer los nombres de los proveedores (preferidos) de la Organización de Proveedores Preferidos, comuníquese 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. Brinda principalmente 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 una remuneración pagada 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.

Centro de tratamiento residencial: los centros de tratamiento residencial (residential treatment

centers, RTC) están acreditados por una organización reconocida a nivel nacional y autorizados por el estado, distrito o territorio para brindar tratamiento residencial para afecciones médicas, problemas de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Los centros de atención de la salud 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 o facturados por los RTC, según lo descrito en las páginas 95-96 y 109-110. Si tiene alguna pregunta con respecto a los tratamientos en un RTC, comuníquese con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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. Consulte las páginas 93 a 95 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 para trasplantes de Blue Distinction Centers según lo descrito en la página 83.

Para obtener una lista de Blue Distinction Centers, visite <https://www.bcbs.com/blue-distinction-center/facility>; acceda a nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) a través de www.fepblue.org/provider/; o llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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. Puede obtener información con respecto a los programas de trasplantes de la FACT si se comunicas con el coordinador de trasplante en el número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o si visita www.factwebsite.org.

Nota: Ciertos trasplantes de células madre se deben realizar en un centro de salud acreditado por la

FACT (consulte la página 76).

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 de la salud 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 (consulte la página 96).

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

Qué debe hacer para obtener la atención cubierta

En la **Opción Estándar**, puede consultar a cualquier proveedor cubierto que desee, pero, en algunas circunstancias, debemos aprobar su atención con anticipación.

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

Excepciones:

1. Atención en la sala de emergencias de un hospital por emergencias médicas o lesiones producidas en un accidente y transporte en ambulancia relacionado, como se describe en la Sección 5(d), *Cuidado 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, neonatólogos, 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. Le recomendamos que se comunique con su Plan Local para obtener más información en estos tipos de situaciones antes de recibir los servicios de un proveedor no preferido.

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

• **Atención de transición**

Atención especializada: si padece una afección crónica o incapacitante y

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

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

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

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

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

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

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

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

Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios

Los procesos de aprobación de reclamos previos al servicio para admisiones en el hospital como paciente hospitalizado (denominados precertificación) 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 reciba atención o servicios médicos. En otras palabras, un reclamo de beneficios previo al servicio puede requerir una precertificación y una aprobación previa. Si no obtiene una precertificación, puede producirse una reducción o denegación de los beneficios. Asegúrese de leer toda la información sobre la precertificación y la aprobación previa a continuación y en las páginas 25 a 29. Puede 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 como paciente hospitalizado o admisión en el centro de enfermería especializada**

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

En la mayoría de los casos, su médico o centro de salud se ocupará de solicitar la precertificación. Dado que usted sigue siendo responsable de garantizar que se obtenga la precertificación respecto de la atención que recibirá, siempre debe preguntarle a su 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. Puede comunicarse con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para consultar si hemos recibido la solicitud de precertificación. También debe inscribirse en la administración de casos y trabajar con su administrador de caso si su atención conlleva tratamiento residencial o en un centro

de enfermería especializada. Para obtener información sobre la precertificación de una hospitalización de emergencia como paciente hospitalizado, consulte la página 29.

Advertencia: Reduciremos nuestros beneficios para la estadía en un hospital como paciente hospitalizado en \$500, incluso si ha obtenido aprobación previa para el servicio o procedimiento realizado durante la estadía, si nadie se comunica con nosotros para la precertificación. Si la estadía en el hospital no es médicamente necesaria, no proporcionaremos beneficios de habitación ni comida, ni atención de la salud 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 precertificación 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 necesita precertificación en los siguientes casos:

- Es admitido en un hospital fuera de los Estados Unidos, con la excepción de admisiones para cirugías de reasignación de género y admisiones en centros de tratamiento residencial y centros de enfermería especializada.
- Tiene otra póliza de seguro de salud grupal que es el pagador primario de la estadía hospitalaria; con la excepción de las admisiones para cirugías de reasignación de género. (Consulte la página 83 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 en el hospital o centro de enfermería especializada, con la excepción de las admisiones para cirugías de reasignación de género. (Consulte la página 83 para conocer las instrucciones especiales respecto de las admisiones correspondientes a los centros Blue Distinction Centers for Transplants).

Nota: Si agota sus beneficios hospitalarios de Medicare y no desea utilizar sus días de reserva de por vida de Medicare, entonces **efectivamente** necesita precertificación.

Nota: La cirugía para obesidad mórbida realizada durante una estadía de paciente hospitalizado (incluso cuando la Parte A de Medicare es su pagador primario) debe cumplir con los requisitos quirúrgicos que se describen en las páginas 70 a 71, a fin de que los beneficios se proporcionen para la admisión y el procedimiento quirúrgico.

- Otros servicios

Debe 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 precertificación también se necesita si el servicio o procedimiento requiere un ingreso en el hospital como paciente hospitalizado. Comuníquese con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 receptor de antígeno quimérico (CAR-T) y la terapia de receptor de linfocitos T.**
- **Medicamentos de alto costo:** requerimos aprobación previa para ciertos medicamentos de alto costo obtenidos fuera de un entorno de farmacia. Comuníquese con el número de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visítenos en www.fepblue.org/highcostdrugs para obtener una lista de estos medicamentos.
- **Transporte en ambulancia aérea (que no sea de emergencia):** el transporte en ambulancia aérea relacionado con la atención inmediata de una emergencia médica o lesión accidental no requiere aprobación previa; consulte la Sección 5(c), página 101 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 su 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, su proveedor debe enviar un plan de tratamiento que incluya todas las cirugías planificadas y la fecha estimada en la que se realizará cada una. Debe obtenerse una nueva aprobación previa si el plan de tratamiento se aprueba y su proveedor posteriormente modifica el plan
- **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: debe recibir servicios de orientación y evaluación genéticas antes de la prueba de BRCA preventiva. Consulte la página 50.
- **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 figuran en las páginas 70-71.
 - Corrección quirúrgica de anomalías congénitas (consulte la definición en la página 167).
 - Cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente (consulte la definición en la página 167) 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.
- **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.
- **Terapia con haz de protones, radiocirugía estereotáctica y radioterapia corporal estereotáctica**
- **Almacenamiento de espermatozoides/óvulos:** se requiere aprobación previa para el almacenamiento de espermatozoides y óvulos de personas que enfrentan infertilidad iatrogénica.
- **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. Le indicaremos cuáles son las agencias de cuidados paliativos a domicilio que hemos aprobado. Consulte la página 98 para obtener información sobre la excepción a este requisito.

- **Trasplantes de órganos/tejidos:** consulte la página 75 para obtener una lista de los trasplantes de órganos/tejidos cubiertos. **Se requiere aprobación previa** para el procedimiento y el centro de salud. Llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación antes de obtener los servicios. Le pediremos la documentación médica que necesitamos para autorizar la cobertura. Consideraremos si el centro de salud está aprobado para el procedimiento y si reúne los requisitos de este centro.

Los **procedimientos de trasplante de órganos** indicados en las páginas 76 a 77 se deben realizar en un centro de salud que cuente con un programa de trasplante aprobado por Medicare para el tipo de trasplante previsto. Los trasplantes que incluyen más de un órgano se deben realizar en un centro de salud que ofrezca un programa de trasplante aprobado por Medicare para cada órgano trasplantado. Comuníquese con su Plan Local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare.

Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un cierto tipo de procedimiento de trasplante de órgano, este requisito no se aplica, y puede utilizar cualquier centro de salud cubierto que realice el procedimiento. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órgano previsto, pero su centro de salud no está aprobado por Medicare para el procedimiento, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono de servicios al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea que se indican en las páginas 77 a 80 se deben realizar en un centro de salud con un programa de trasplante acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT), o en un centro de salud designado como Blue Distinction Center for Transplants o un Centro de Investigación del Cáncer. Los **procedimientos de trasplante que se indican en la página 81** se deben realizar en un centro de salud acreditado por la FACT. Consulte la página 21 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, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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:** consulte las páginas 80 a 81 para obtener la lista de afecciones cubiertas **únicamente** en ensayos clínicos. Llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información o solicitar aprobación previa antes de obtener los servicios. Le pediremos la documentación médica que necesitamos para autorizar la cobertura.

Aunque podamos indicar que los beneficios están disponibles para un tipo específico de ensayo clínico, es posible que 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 su afección. Si el médico le ha recomendado que reciba un trasplante o que participe en un ensayo clínico de trasplantes, le recomendamos que se comuniquen con el Departamento de Administración de Casos en su Plan Local.

Nota: A los fines de los ensayos clínicos para trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos conforme a este Plan, un ensayo clínico es un estudio de investigación cuyo protocolo ha sido revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (Institutional

Review Board, IRB) del centro de salud acreditado por la FACT, el centro Blue Distinction Center for Transplants o el Centro de Investigación del Cáncer (consulte la página 80) donde se llevará a cabo el procedimiento.

- **Viaje por trasplante:** reembolsamos los gastos de transporte (aéreo, tren, autobús o taxi) y alojamiento si vive a cincuenta (50) millas o más del centro de salud, hasta un máximo de \$5,000 por trasplante para el miembro y los acompañantes. 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.** Comuníquese con CVS Caremark, nuestro administrador del programa de farmacias, al 800-624-5060, TTY: 711, para solicitar aprobación previa u obtener una lista de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Le pediremos la información que necesitamos para autorizar la cobertura. Para determinados medicamentos, debe renovar la aprobación previa periódicamente. Consulte las páginas 116 a 117 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, debe 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 debe enviarnos los gastos en un formulario de reclamo. Las farmacias preferidas no presentarán estos reclamos en su 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 haya obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará su receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir su receta y se le 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 haya obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará su receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir su receta y se le enviará una carta que explique los procedimientos para obtener aprobación previa.

- **Los alimentos medicinales cubiertos por el beneficio de farmacia requieren de aprobación previa.** Consulte la página 119 en la Sección 5 (f) para obtener más información.

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

Puede solicitar aprobación previa y recibir información sobre beneficios específicos con anticipación para cirugías que no sean de emergencia que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía **sea de \$5,000 o más**. Cuando se comuniquen con su plan local de Blue Cross and Blue Shield antes de la cirugía, el Plan Local revisará su cirugía programada a fin de determinar su cobertura, la necesidad médica de los procedimientos y la cantidad autorizada por el Plan para los servicios. Puede llamar a su Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 25 o sea uno de los procedimientos de trasplante enumerados en las páginas 76 a 81), incluso si el cargo es de \$5,000 o más. Si no llamas a su Plan Local con anticipación a la cirugía, revisaremos su reclamo para proporcionar los beneficios para los servicios de acuerdo con los términos de su cobertura.

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

Primero, usted, su representante, médico, hospital, centro de tratamiento residencial u otro centro de hospitalización cubierto deben llamarnos al número de teléfono que figura al reverso de su 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, proporcione 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: debe inscribirse y participar en la administración de casos con su Plan Local antes, durante y después de una estadía como paciente hospitalizado en un RTC. Consulte las páginas 95 a 96 y 109 a 110 para obtener información adicional.

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

- **Reclamos de atención de la salud no urgente**

Para reclamos de atención de la salud 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 de la salud que aprobamos para *Otros servicios* que deben tener aprobación previa. Le notificaremos nuestra decisión en el término de 15 días posteriores a la recepción del reclamo previo al servicio.

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

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

- **Reclamos de atención de urgencia**

Si tiene un **reclamo de atención de urgencia** (es decir, en la que la espera de su atención o tratamiento médicos ponga en grave peligro su vida, salud o posibilidad de recuperar sus funciones por completo; o que, según la opinión de un médico que conozca su afección médica, le sometería a un dolor agudo que no pueda controlarse adecuadamente sin esta atención o este tratamiento), aceleraremos nuestra revisión del reclamo y le notificaremos nuestra decisión en el término de 72 horas, siempre y cuando recibamos información suficiente para completar la revisión. (Para reclamos de atención de la salud concurrentes que también son reclamos de atención de urgencia, consulte *Si su tratamiento necesita ser extendido* en la página 30). Si solicita que revisemos su reclamo como un reclamo de atención de urgencia, revisaremos el documento que proporciona y decidiremos si es un reclamo de atención de urgencia o no mediante la aplicación del criterio de una persona prudente sin formación profesional que tenga nociones comunes sobre salud y medicina.

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

Podemos informarle nuestra decisión de forma oral dentro de estos plazos, pero reiteraremos la decisión por escrito o en forma electrónica en el término de tres días a partir de la fecha de la notificación oral. Puede solicitar que su reclamo de atención de urgencia en apelación sea revisado en forma simultánea por nosotros y la OPM. Comuníquenos que desea obtener una revisión simultánea de su reclamo de atención de urgencia de la OPM, ya sea por escrito en el momento en que apela nuestra decisión inicial o por teléfono al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio. También puede 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 feriados) para solicitar la revisión simultánea. Colaboraremos con la OPM para que puedan revisar rápidamente su reclamo en apelación. Además, si no indicaste que su reclamo era un reclamo de atención de urgencia, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si se determina que su reclamo es un reclamo de atención de urgencia, aceleraremos nuestra revisión (si todavía no hemos respondido a su reclamo).

- **Reclamos de atención simultánea**

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

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

- **Admisión para hospitalización de emergencia**

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

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

- **Cuidados por maternidad**

No necesita precertificación para admisión por maternidad en caso de un parto simple. Sin embargo, si su afección médica requiere que permanezca hospitalizada más de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea, su médico o el hospital deberán comunicarse con nosotros para obtener precertificación para los días adicionales. Además, si su recién nacido permanece en el hospital después de que usted reciba el alta, su médico o el hospital deberán comunicarse con nosotros para solicitar la precertificación por los días adicionales de su recién nacido.

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

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

Si es necesario extender su estadía en el **hospital**, incluida la atención por maternidad, usted, su representante, su médico o el hospital deben solicitarnos aprobación para los días adicionales. Si permanece en el hospital una cantidad de días superior a la que aprobamos y no obtiene precertificación para los días adicionales, entonces:

- por la parte de la admisión que era médicamente necesaria, pagaremos los beneficios para pacientes hospitalizados; pero
- por la parte de la admisión que no era médicamente necesaria, pagaremos únicamente los suministros y servicios médicos que son pagaderos para pacientes ambulatorios y no pagaremos los beneficios para pacientes hospitalizados.

Si necesita extender su estadía en un **centro de tratamiento residencial**, usted, su representante, su médico o el centro de tratamiento residencial deben solicitarnos la aprobación de los días adicionales. Si permanece en el centro de tratamiento residencial después de la cantidad de días aprobados y no obtuvo la precertificación 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 de la salud para pacientes hospitalizados, al nivel que hubiéramos pagado si se hubieran brindado como paciente ambulatorio.

- **Si es necesario extender su tratamiento**

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

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

Si tiene un **reclamo previo al servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a la precertificación de una hospitalización o la aprobación previa de Otros servicios, puede solicitar una revisión si sigue los procedimientos que figuran a continuación. Tenga en cuenta que estos procedimientos también se aplican a las solicitudes de reconsideración de reclamos de atención simultánea (consulte la página 167 para conocer la definición). (Si ya ha recibido el servicio, el suministro o el tratamiento, entonces su reclamo es un **reclamo posterior al servicio** y debe seguir todo el proceso para desacuerdos sobre reclamos que se detalla en la Sección 8).

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

En el término de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. 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 su solicitud de reconsideración por escrito para lo siguiente:

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

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

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

en la información que ya tengamos. Le escribiremos para informarle nuestra decisión.

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

En el caso de una apelación de un reclamo de atención de urgencia previo al servicio, en el término de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. 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, le notificaremos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de reconsideración. Aceleraremos el proceso de revisión, que permite las solicitudes orales o escritas de apelaciones y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, fax u otros métodos rápidos.

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

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

Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos

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

Participación en los costos/costos compartidos

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

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

Copago

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

Por ejemplo: si tiene la Opción Estándar, cuando consulta a su médico preferido, paga 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 deba pagar por separado otros servicios que reciba mientras esté en el consultorio médico). Cuando va a un hospital preferido, paga un copago de \$350 por admisión. Luego, nosotros pagamos el saldo correspondiente a la cantidad que autorizamos por los servicios cubiertos que reciba.

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

Nota: si el monto facturado (o la cantidad autorizada por el Plan que los proveedores que contratamos han acordado aceptar como pago total) es inferior a su copago, usted paga 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 tiene la Opción Básica cuando visita el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital Preferido para servicios de tratamiento no urgentes, su copago es de \$150 (consulte la página 88). Si también recibe un ultrasonido en el departamento de pacientes ambulatorios del mismo hospital el mismo día, no deberá hacerse cargo del copago de \$40 por el ultrasonido (se muestra en la página 90).

Deducible

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

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

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

Coseguro	En la Opción Básica, no hay deducible por año calendario.
	Un coseguro es el porcentaje de la cantidad autorizada por el Plan que debe pagar por su atención. Su coseguro se basa en la cantidad autorizada por el Plan o el monto facturado, lo que sea menor. Únicamente en la Opción Estándar , el coseguro no comienza hasta que alcanzas su deducible por año calendario. Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre nuestros deducibles y beneficios en el extranjero.
Si su proveedor habitualmente renuncia a su costo	Por ejemplo: Usted paga 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 su deducible por año calendario de \$350.
	Nota: Si su proveedor habitualmente renuncia (no le exige pagar) a su 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.
Renuncias	Por ejemplo: Si su 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).
	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 su plan de salud. Si firmas una renuncia de este tipo, su responsabilidad de pagar el cargo total o no depende de los contratos que el Plan Local tenga con sus proveedores. Si le piden que firmes este tipo de renuncia, debe tener en cuenta que, si se niega el pago de beneficios por los servicios, podría ser responsable legalmente de pagar los gastos relacionados. Si desea obtener más información sobre las renuncias, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.
Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura	Nuestra “ cantidad autorizada por el Plan ” es el monto que utilizamos para calcular nuestro pago por determinados tipos de servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio calculan sus cantidades autorizadas de diferentes maneras, por eso sus cantidades autorizadas varían. Para obtener información sobre cómo calculamos nuestra cantidad autorizada por el Plan, consulte la definición de “cantidad autorizada por el Plan” que figura en la Sección 10.
	Con frecuencia, la factura del proveedor es más alta que la cantidad autorizada por un plan de pago por servicio. Es posible que una factura del proveedor exceda la cantidad autorizada por el Plan por un monto significativo. Si debe pagar o no la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la factura dependerá del tipo de proveedor que utilice. Los proveedores que tienen acuerdos con este Plan son preferidos o participantes, y no le facturarán por cualquier saldo que exceda nuestra cantidad autorizada para los servicios cubiertos. Consulte las descripciones que aparecen a continuación para ver los tipos de proveedores disponibles en este Plan.
	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores preferidos. Estos tipos de proveedores tienen acuerdos con el Plan Local para limitar el monto que facturarán a nuestros miembros. Por ello, cuando utiliza un proveedor preferido, la parte que le corresponde pagar de la factura del proveedor por la atención cubierta es limitada.
	En la Opción Estándar , su parte consta únicamente de su deducible y su coseguro o copago. Este es un ejemplo con respecto al coseguro: usted consulta a un médico preferido que cobra \$250, pero nuestra cantidad autorizada es \$100. Si ha alcanzado su deducible, solo es responsable de su coseguro. Es decir, en la Opción Estándar, solo paga el 15 % de nuestra cantidad autorizada de \$100 (\$15). Debido al acuerdo, su médico preferido no le facturará a usted la diferencia de \$150 entre nuestra cantidad autorizada y la factura.
	En la Opción Básica , su parte consta únicamente de la cantidad de su 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 sigue pagando el copago de \$30. Debido al acuerdo, su médico preferido no emitirá una factura por la diferencia de \$220 entre su copago y la factura.

Recuerde que, en la Opción Básica, debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 22 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 utiliza un proveedor participante, su parte de cargos cubiertos consta solo de su deducible y su 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 ha alcanzado su deducible, solo es responsable de su coseguro. Es decir, en la Opción Estándar, solo paga el 35 % de nuestra cantidad autorizada de \$100 (\$35). Debido al acuerdo, su 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; debe pagar todos los cargos. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.

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

En la Opción Estándar, cuando utilice un proveedor No participante, deberá pagar su deducible y coseguro **más** cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y los cargos de la factura (excepto en determinadas circunstancias; consulte las páginas 172 a 174). Por ejemplo, consulte a un médico no participante que cobra \$250. La cantidad autorizada por el Plan es nuevamente \$100 y usted ha alcanzado su deducible. Eres responsable de pagar su coseguro; por lo tanto, paga 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 facturarle la diferencia de \$150 entre nuestra cantidad autorizada y la factura. Esto significa que pagaría 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. Le aconsejamos **visitar siempre a proveedores preferidos para su atención. Si utiliza proveedores no participantes o no miembros, podría pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibe.**

En la Opción Básica, no hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores no participantes; debe pagar todos los cargos. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.

Las tablas que aparecen a continuación ilustran cuánto dinero deben pagar de su bolsillo los miembros de la **Opción Estándar** por los servicios prestados de 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 ha alcanzado su deducible por año calendario. **Se utiliza esta información únicamente para fines ilustrativos.**

Los niveles de beneficios de la **Opción Básica** para la atención de la salud comienzan en la página 44; consulte la página 88 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

Usted debe: Coseguro: 15 % de nuestra cantidad autorizada: 15

Usted debe: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGA: \$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

Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 35

Usted debe: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGA: \$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

Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 35

Usted debe: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? Sí: 150

TOTAL QUE PAGA: \$185

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

También debe consultar la sección *Aviso importante sobre facturación sorpresa: conozca sus derechos* en la página 36 que describe sus protecciones contra la facturación sorpresa en virtud de la Ley de No Sorpresas.

En el siguiente ejemplo, comparamos cuánto dinero debe 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

Usted debe: Coseguro: 15 % de nuestra cantidad autorizada: 435

Usted debe: Copago: No corresponde

¿Más la diferencia con el cargo? No: 0

TOTAL QUE PAGA: \$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
Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 1,015
Usted debe: Copago: No corresponde
¿Más la diferencia con el cargo? No: 0
TOTAL QUE PAGA: \$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
Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra cantidad autorizada: 875
Usted debe: Copago: No corresponde
¿Más la diferencia con el cargo? Sí: 2,500
TOTAL QUE PAGA: \$3,375

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

***Un centro de salud no miembro puede facturarle 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 su deducible y coseguro por año calendario. Por ejemplo, si utiliza 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, usted debería \$58,375 (\$60,000 - \$1,625 = \$58,375). Este ejemplo supone que no ha alcanzado su deducible por año calendario.**

Aviso importante sobre facturación sorpresa: conoce sus derechos

La Ley de No Sorpresas (No Surprises Act, NSA) es una ley federal que le brinda protecciones contra la “facturación sorpresa” y la “facturación de saldo” en determinadas circunstancias. Una factura sorpresa es una factura inesperada que recibe de un proveedor de atención de la salud, centro de salud o servicio de ambulancia aérea no participantes por atención de la salud. Las facturas sorpresa pueden ocurrir cuando recibe atención de emergencia, cuando tiene poca o ninguna posibilidad de elegir el centro de salud o el proveedor del que recibe atención. También pueden suceder cuando recibe servicios que no son de emergencia en centros de salud participantes, pero recibe cierta atención de proveedores no participantes.

La facturación del saldo ocurre cuando recibe 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 su plan de salud.

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

Para obtener información específica sobre la facturación sorpresa, los derechos y protecciones que tiene y sus responsabilidades, visite www.fepblue.org/NSA o comuníquese con el número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Sus 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. Consulte 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 usted paga el saldo según se describe en la Sección 5(g). **En la Opción Básica,** paga \$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. Consulte 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,** usted paga el coseguro o el copago que figuran en la Sección 5(c). En la **Opción Estándar,** debe alcanzar su deducible antes de que comencemos a proporcionar beneficios por ciertos servicios facturados por el hospital. **En la Opción Básica,** debe utilizar centros de salud **preferidos** para recibir beneficios. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.

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

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

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

Montos máximos de la Opción Estándar:

Monto máximo del proveedor preferido: para una cobertura del solicitante únicamente, su desembolso directo máximo para su deducible y para el coseguro y el copago elegibles es de \$6,000 cuando utiliza proveedores preferidos. Para una cobertura para el solicitante y una persona o el solicitante y su familia, su desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de \$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 (consulte la página 36) cuentan para estos límites.

Monto máximo del proveedor no preferido: para una cobertura para el solicitante únicamente, su desembolso directo máximo para su deducible, y para el coseguro y el copago elegibles, es de \$8,000 cuando utiliza proveedores no preferidos. Para una cobertura para el solicitante y una persona o el solicitante y su familia, su desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de \$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, su desembolso directo máximo para el coseguro y el copago elegibles es de \$6,500 cuando utiliza proveedores preferidos. Para una inscripción de solicitante y una persona, su 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 su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos, y debe continuar pagándolos aunque sus gastos excedan los límites que se indican más arriba.

- La diferencia entre la cantidad autorizada por el Plan y el monto facturado. Consulte las páginas 33 a 34;
- Los gastos por servicios, medicamentos y suministros que excedan nuestras limitaciones máximas de beneficios.
- En la Opción Estándar, su coseguro del 35 % por atención de pacientes hospitalizados en centros de salud no miembros.
- En la Opción Estándar, su coseguro del 35 % por atención para pacientes ambulatorios en centros de salud no miembros.
- Sus gastos por servicios dentales que excedan nuestros pagos según la lista de cargos en la Opción Estándar Consulte la Sección 5(g).
- La multa de \$500 por no obtener precertificación y cualquier otro monto que debas pagar debido a que reducimos los beneficios por su incumplimiento de nuestros requisitos para el control de costos.
- En la Opción Básica, sus 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. Consulte la página 22 para conocer las excepciones al requisito de utilizar proveedores Preferidos.

Si el medicamento recetado por su proveedor permite la sustitución genérica y usted selecciona un medicamento de marca, los gastos por la diferencia en el costo compartido no se contemplan para el costo de desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos (consulte la página 112 para obtener información adicional).

Transferencia

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

- Si ya hubiera pagado el desembolso directo máximo, continuaremos proporcionándole los beneficios descritos en la página 36 y en esta página hasta la fecha en que entra en vigencia su nuevo plan.
- Si aún no hubiera pagado el desembolso directo máximo, aplicaremos cualquier gasto que realice en enero (antes de la fecha en que entra en vigencia su nuevo plan) a nuestro desembolso directo máximo del año anterior. Cuando haya alcanzado el máximo, no tendrá que pagar nuestros deducibles, copagos ni coseguros (con excepción de lo que se indica en la página anterior) desde ese momento hasta la fecha en que entra en vigencia su nuevo plan.

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

Si cambia 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 su opción anterior al límite de gastos de desembolso directo de protección contra gastos catastróficos de su nueva opción. Si cambia de solicitante únicamente a solicitante y una persona o el solicitante y su familia, o viceversa, durante el año calendario, llámenos para averiguar acerca de sus acumulaciones de desembolso directo y cómo se transfieren.

Si le pagamos de más

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

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

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

Cuando los centros de salud del gobierno nos emiten facturas

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

Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS)

Cuenta de gastos flexible de atención de la salud (health care flexible spending account, HCFSA): le reembolsa por gastos de desembolso directo elegibles de atención de la salud (como copagos, deducibles, fármacos y medicamentos de venta libre recetados por el médico, gastos dentales y de la vista, y mucho más) para usted y sus dependientes 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 su HCFSA a través de una serie de planes FEHB y FEDVIP. Esto significa que cuando usted o su proveedor presenten reclamos ante su plan de FEHB o FEDVIP, FSAFEDS reembolsará automáticamente sus desembolsos directos elegibles según la información del reclamo que reciba de su plan.

Sección 5. Beneficios

Consulte la página 17 para conocer los cambios en nuestros beneficios para este año. En las páginas 181 a 186, encontrará un resumen de beneficios de cada opción. Asegúrese de examinar los beneficios que se encuentran disponibles en la opción en la cual está inscrito.

Sección 5. Descripción general de las Opciones Estándar y Básica.....	42
Sección 5(a). Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención de la salud.....	43
Servicios de diagnóstico y tratamiento	44
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico	45
Atención preventiva, para adultos	47
Atención preventiva, para niños	50
Cuidados por maternidad.....	52
Planificación familiar	54
Servicios de reproducción	55
Atención de alergias	56
Terapias de tratamiento	57
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia de rehabilitación cognitiva	58
Servicios para la audición (pruebas, tratamiento y suministros)	59
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros)	59
Cuidado de los pies.....	61
Dispositivos protésicos y ortopédicos	61
Equipo médico duradero (DME)	62
Suministros médicos.....	63
Servicios de atención de la salud en el hogar	64
Tratamiento de manipulación	65
Tratamientos alternativos	65
Clases y programas educativos.....	66
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención de la salud	67
Procedimientos quirúrgicos	68
Cirugía reconstructiva.....	71
Cirugía bucal y maxilofacial.....	73
Trasplantes de órganos/tejidos.....	76
Anestesia.....	83
Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital u otro centro de salud, y servicios de ambulancia... 84	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	85
Hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios	87
Atención especializada Blue Distinction®	92
Centro de tratamiento residencial	93
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada.....	94
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)	95
Ambulancia.....	99
Sección 5(d). Cuidado de emergencia/accidentes.....	101
Lesión producida en un accidente	102
Emergencia médica.....	103
Ambulancia.....	104
Sección 5(e). Beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	105
Servicios profesionales	106
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados	107

Centro de tratamiento residencial	107
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios	108
No cubierto (pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios)	109
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos con receta médica	110
Medicamentos y suministros cubiertos.....	116
Sección 5(g). Beneficios dentales.....	129
Beneficio para lesiones producidas en un accidente.....	129
Beneficios dentales	130
Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales	133
Herramientas de salud	133
Servicios para personas sordas y con problemas de audición	133
Acceso a la web para personas con problemas de la vista.....	133
Beneficio para viajes/servicios en el extranjero	133
Healthy Families.....	133
Programa para el manejo de la diabetes	134
Evaluación de salud de Blue.....	134
Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes	135
Programa de Manejo de la Hipertensión	135
Programa de incentivos para la atención durante el embarazo	136
Limitación anual de incentivos.....	136
Cuenta de reembolso para miembros de la Opción Básica inscritos en la Parte A y B de Medicare ...	136
MyBlue® Customer eService.....	136
National Doctor & Hospital Finder	137
Programas de Administración de la Atención Médica	137
Opción de beneficios flexibles	137
Servicios de telesalud	138
La aplicación móvil de fepblue	138
Sección 5(i). Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero	139
Beneficios que no son del Programa de FEHB disponibles para los miembros del Plan	142

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). Asegúrese de examinar los beneficios que se encuentran disponibles en la opción en la cual está inscrito.

Lea la *Información relevante que debe tener en cuenta* que figura al comienzo de las subsecciones. También lea las Exclusiones generales en la Sección 6; estas se aplican a los beneficios de las subsecciones siguientes. Para obtener formularios de reclamo, asesoramiento sobre cómo presentar un reclamo o más información sobre los beneficios de las Opciones Estándar y Básica, llámenos al número de teléfono del servicio de servicio al cliente que figura al reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de servicio o visite 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 tiene la Opción Estándar, puede utilizar tanto proveedores preferidos como no preferidos. Sin embargo, sus gastos de desembolso directo son menores cuando utiliza proveedores preferidos, quienes nos presentarán los reclamos en su 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). Debe utilizar proveedores preferidos para obtener los beneficios de su atención, excepto en determinadas circunstancias, como atención de emergencia. Los proveedores preferidos nos presentarán los reclamos en su 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 de la salud

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Consulte la Sección 3, *Cómo obtener atención*, para conocer los proveedores profesionales y otros profesionales de atención de la salud cubiertos.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención de la salud facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor o centro de salud factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención de la salud por su atención de la salud. Consulte la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con el centro de salud (es decir, el hospital u otro centro de salud para pacientes ambulatorios, etc.).
- Los beneficios 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.
- Debe 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 tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 122 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. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731. Los miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos y farmacias preferidas (consulte la página 111).
- 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 de dermatología y trastornos de salud mental y por consumo de sustancias. (Consulte las páginas 44 y 106).
- **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, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio médico) no preferidos. Puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulte la página 36, NSA, para obtener información sobre las circunstancias en las que usted no es responsable por esta diferencia.
- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y la página 22 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, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio del médico) no preferidos. Puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulte la página 36, NSA, para obtener información sobre las circunstancias en las que usted no es responsable por esta diferencia.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<p>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.</p>		
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios de médicos y otros profesionales de atención de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Asesoramiento genético • Segundas opiniones quirúrgicas. • Visitas a la clínica • Visitas al consultorio • Visitas a domicilio • Examen inicial de un recién nacido que requiere un tratamiento definitivo cuando esté incluido en la cobertura en virtud de una inscripción del solicitante y una persona o el solicitante y su familia • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5(f) para conocer la cobertura de medicamentos con receta médica) • Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) <p>Nota: Consulte las páginas 45 a 47 para conocer nuestra cobertura de análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico facturadas por un profesional de atención de la salud, y la página 89 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>Médico 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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios de profesionales de telesalud para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones agudas menores (consulte la página 166 para ver la definición) • Atención de dermatología (consulte la página 171 para ver la definición) <p>Nota: Consulte 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), consulte la página 106.</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: usted paga 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: usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios 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 de la salud provista por el médico a cargo del paciente (el médico que es el responsable principal de su atención mientras está hospitalizado) en días en los que pagamos beneficios de hospital Nota: un médico asesor empleado por el hospital no es el médico a cargo del paciente. • Consultas, cuando lo solicita el médico a cargo del paciente 	<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: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios de diagnóstico y tratamiento (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> 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 de la salud 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) (consulte la Sección 5(c) para conocer la cobertura de medicamentos que recibe mientras está en el hospital). Segunda opinión para cirugía Orientación nutricional cuando sea facturada por un proveedor cubierto 	<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: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de rutina con excepción de los servicios de atención preventiva que se describen en las páginas 47 a 51 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” Enfermería privada Médicos de reserva Consultas radiológicas de rutina y al personal requeridas por las normas y reglamentaciones del centro Atención de la salud para pacientes hospitalizados, cuando su admisión al hospital o una parte de esta no esté cubierta (Consulte 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 de la salud para pacientes hospitalizados. Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los servicios o suministros cubiertos, excepto los beneficios de alojamiento y comida, y atención de la salud 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>Nota: consulte la Sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</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: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
	<p>Nota: Si su 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>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada, además del coseguro preferido que figura en la página anterior.</p>
<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: consulte 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 su 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada además del copago Preferido que figura más arriba.</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 su 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada además del copago Preferido que figura más arriba.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<p>Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)</p>	<p>Opción Estándar</p>	<p>Opción Básica</p>
<p>Nota: Debe obtener aprobación previa para las pruebas de BRCA (consulte la página 25). Pruebas de diagnóstico de BRCA, incluidas las pruebas de grandes reordenamientos genómicos en los genes BRCA1 y BRCA2: los beneficios están disponibles para miembros con un diagnóstico de cáncer cuando se cumplan los requisitos establecidos en la nota anterior y el miembro no cumpla con los criterios para la prueba de BRCA preventiva. Los beneficios se limitan a una prueba de cada tipo de por vida, ya sea que esté cubierta como prueba de diagnóstico o pagada por los beneficios de atención preventiva (consulte la página 49).</p> <p>Nota: consulte la Sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<p>Atención preventiva, para adultos</p>	<p>Opción Estándar</p>	<p>Opción Básica</p>
<p>Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva para adultos de 22 años en adelante. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre la prevención y reducción de riesgos de salud • Asesoramiento nutricional 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. Consulte la Sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud. • Visitas/exámenes de atención preventiva Nota: Consulte la definición de Atención preventiva, adultos en la página 170 para conocer los servicios de detección de la salud. <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) (consulte la sección <i>Definiciones</i>) 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”. Consulte la Sección 5(h) para obtener información más completa. • Panel de pruebas metabólicas básicas o completas • Hemograma completo • 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 (consulte la página 68 para informarse sobre nuestros niveles de pago para colonoscopias diagnósticas). - Colonografía TC - Análisis de ADN en muestras de heces - Enema de bario con doble contraste - Prueba de sangre oculta en la materia fecal - Sigmoidoscopia 	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Nota: Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, es responsable de pagar sus 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 le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.</p> <p>Nota: Renunciamos a su monto deducible y de coseguro por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con vacunas contra la influenza (gripe). Si usa un proveedor No participante, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Nota: Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, es responsable de pagar sus costos compartidos por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos participantes y no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando le 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, colonoscopias de detección o vacunas de rutina realizados en centros de salud miembros o no miembros.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por pruebas de detección de cáncer y ultrasonido para la detección de aneurisma aórtico abdominal cubiertas y facturadas por centros de salud miembros o no miembros, y realizadas de manera ambulatoria.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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.</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, visite 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. 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. • 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, visite 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, visite el sitio web de Health and Human Services (HHS) en https://www.healthcare.gov/preventive-care-women/. • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visite https://health.gov/myhealthfinder 	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: muchas farmacias minoristas preferidas participan en nuestra red de vacunación. Consulte la página 119 para conocer nuestra cobertura de dichas vacunas cuando se suministran en farmacias de la red de vacunación.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</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, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: muchas farmacias minoristas preferidas participan en nuestra red de vacunación. Consulte la página 119 para conocer nuestra cobertura de 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	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención preventiva, para adultos (continuación)</p> <p>Nota: Pagamos beneficios de atención preventiva en el primer reclamo que procesamos para cada una de las pruebas anteriores que recibe en el año calendario. Los criterios de cobertura regulares y los niveles de beneficios se aplican a reclamos subsiguientes de esos tipos de pruebas si se realizan en el mismo año. Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor el mismo día, es responsable de pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Nota: Consulte la página 120 para conocer nuestros niveles de pago de medicamentos que promueven una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.</p> <p>Nota: Consulte la página 121 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 47 a 48 no se aplican a hijos de hasta 22 años de edad. (Consulte los beneficios en <i>Atención preventiva para niños</i>, de esta sección).</p>	Consulte la página anterior	Consulte la página anterior
<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 BRCA1 y BRCA2:</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 BRCA1 o BRCA2. • Pruebas de BRCA para miembros cuyos antecedentes personales o familiares estén asociados con un riesgo elevado de mutaciones nocivas en los genes BRCA1 o BRCA2. <p>Nota: Debe recibir servicios de orientación y evaluación genéticas, y obtener aprobación previa antes de realizar las pruebas de BRCA preventivas. No se proporcionarán beneficios de atención preventiva para la prueba de BRCA, a menos que reciba orientación y evaluación genéticas antes de la prueba, se utilicen las medidas de detección científicamente válidas para la evaluación y los resultados sustenten la prueba de BRCA. Consulte la página 25 para obtener información sobre la aprobación previa y la cobertura adicional de BRCA o llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información adicional sobre la póliza.</p> <p>Nota: Consulte la página 68 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>	Consulte la página 47	Consulte la página 47

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención preventiva, para adultos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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>Consulte la página 47</p>	<p>Consulte la página 47</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pruebas genéticas relacionadas con antecedentes familiares de cáncer u otras enfermedades, salvo como se describe en la página 49</i> <i>Nota: Consulte la página 46 para conocer nuestra cobertura de pruebas genéticas de diagnóstico médicamente necesarias.</i> • <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</i> • <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 en la página 47 para asesoramiento nutricional.</i> 	<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 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, visite https://brightfutures.aap.org • 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, visite 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. 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. • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visita https://health.gov/myhealthfinder 	<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>Nota: cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos participantes y no participantes, usted 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, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención preventiva, para niños (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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) del cuello de útero Nota: Consulte la página 49 para conocer las pruebas de BRCA cubiertas. • 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>Nota: Si su hijo recibe servicios preventivos y de diagnóstico de un proveedor preferido el mismo día, es 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. Consulte 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: Consulte la página 120 para conocer nuestros niveles de pago de medicamentos que promueven una mejor salud según lo recomendado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</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, paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.</p>
<p><i>Sin cobertura:</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> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención preventiva, para niños (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto según se indica anteriormente para orientación nutricional. 	<p>Todos los cargos</p>	<p>Todos los cargos</p>
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: Consulte 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 de la salud, como médicos, asistentes de médicos, parteras, auxiliares de enfermería/especialistas clínicos y asesores de lactancia Nota: Consulte la página 53 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 8 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 use proveedores preferidos. Consulte 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: Consulte la página 47 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 64.</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. Consulte la página 120 para obtener más información. Consulte la Sección 5(f) para conocer la cobertura de otros medicamentos con receta médica.</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: Puede 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. Llame al Plan Local al número de atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información sobre su 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, su responsabilidad para los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados se limita a \$250 por admisión. Para los servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, consulte las notas de las páginas 88 a 91.</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted solo es responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención por maternidad (continuación)</p> <p>Nota: A continuación, se enumeran algunas sugerencias para tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> No necesita precertificación para su parto; consulte la página 29 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para usted o su recién nacido. Puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y hasta 96 horas después de una cesárea. Cubriremos una extensión de la estadía si fuera médicamente necesario. Cubrimos la atención neonatal de rutina para 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: Consulte la página 168 para obtener información sobre nuestro pago para hospitalizaciones debido a un parto de emergencia en un hospital u otro centro de salud no contratado por su Plan Local.</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. Consulte la página 68 para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sacaleches, limitado a uno por año calendario para las mujeres miembro que están embarazadas o amamantando Monitor de presión arterial, con un límite de uno cada dos años <p>Nota: Los beneficios para el sacaleches, las bolsas de almacenamiento y los monitores de presión arterial solo están disponibles cuando los pide a través de nuestro proveedor de suministros visitando www.fepblue.org/maternity o llamando al 1-800-411-2583. Las bolsas de almacenamiento de leche se incluirán con el sacaleches.</p>	<p>Nada (sin deducible)</p>	<p>Nada</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>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</i> <i>Pruebas/exámenes de detección genéticos del padre del bebé (consulte la página 46 para conocer nuestra cobertura para las pruebas genéticas de diagnóstico médicamente necesarias).</i> <i>Preparación para el parto, Lamaze y otras clases de preparación para el parto/para padres</i> <i>Doula, acompañante para el nacimiento u otra persona de apoyo similar</i> <i>Sacaleches y bolsas de almacenamiento de leche, excepto según lo indicado en la página anterior</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Atención por maternidad (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención por maternidad (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 52 • Atención por maternidad para los miembros no inscritos en el Plan de Beneficios de Servicio 	Todos los cargos	Todos los cargos
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>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 le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.</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: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales y transdérmicos <p>Nota: No aplicaremos su 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. Consulte la página 118 para obtener más información.</p> <p>Nota: cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.</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: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria • Dispositivos anticonceptivos no descritos anteriormente • Anticonceptivos de venta libre (Over-the-counter, OTC), excepto según lo descrito en la Sección 5(f) 	Todos los cargos	Todos los cargos

Descripción de los beneficios	Usted paga	
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: Cubrimos un año de almacenamiento de esperma y óvulos para personas que enfrentan infertilidad iatrogénica, una vez de por vida. Proporcionamos los beneficios que se ven aquí cuando son facturados por un centro de salud. Consulte la página 25 para conocer los requisitos de aprobación previa. Consulte la Sección 10 para conocer nuestra definición de infertilidad iatrogénica.</p> <p>Nota: consulte la Sección 5(a) para conocer los análisis de laboratorio, las pruebas de diagnóstico y las radiografías con cobertura.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(b) para conocer los servicios quirúrgicos cubiertos.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(f) para conocer los medicamentos con receta médica cubiertos.</p> <p>Nota: Consulte 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>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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para almacenamiento de esperma y óvulos, agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos participantes y no participantes, usted 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> • <i>Servicios, procedimientos o suministros relacionados con los procedimientos de ART e inseminación asistida</i> • <i>Crioconservación o almacenamiento de esperma (banco de esperma), óvulos o embriones excepto en los casos detallados arriba</i> • <i>Diagnóstico, pruebas o exámenes previos a la implantación, incluidas las pruebas o los exámenes de óvulos, espermias o embriones</i> • <i>Medicamentos utilizados junto con procedimientos de ART e inseminación asistida</i> • <i>Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a individuos no inscritos en este Plan</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención de alergias	Opción Estándar	Opción Básica
<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: Consulte la página 44 para 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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: \$30 de copago</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos participantes y no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones para las alergias <p>Nota: Consulte la página 44 para 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: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de cada vial de múltiples dosis de antígeno <p>Nota: Consulte la página 44 para 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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: \$30 de copago 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: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos participantes y no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Sin cobertura: pruebas de provocación de alimentos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Terapias de tratamiento	Opción Estándar	Opción Básica
<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, puede consultar <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la Sección 3 (páginas 23 a 27).</p> <p>Nota: Debe obtener aprobación previa para ciertos tratamientos de radioterapia. Consulte la página 25 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 <i>Servicios de salud en el hogar</i> en la página 64.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios Terapia de rehabilitación pulmonar Análisis conductual aplicado (ABA) para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la página 25). <p>Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por las terapias de tratamiento cuando son facturados por el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</p> <p>Nota: Consulte la página 65 para conocer nuestra cobertura de tratamientos de manipulación osteopáticos y quiroprácticos.</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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos para infusión para enfermedades autoinmunitarias: Remicade, Renflexis e Inflectra <p>Nota: Consulte arriba si quiere conocer sus 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: usted paga 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). También puede consultar <i>Otros servicios en Usted necesita aprobación previa del plan para ciertos servicios</i> en la Sección 3 (páginas 23 a 27).</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal 	<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: usted paga todos los cargos</p>

Terapias de tratamiento (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Terapias de tratamiento (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de medicamentos administrados en relación con estas terapias de tratamiento) Análisis conductual aplicado (ABA) para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la página 25) 		
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, 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 le 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>Médico 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 paga mientras alcanzas su deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 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.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por las terapias de rehabilitación cuando son facturados por el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</p>
	<p>Nota: Cuando le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo estipulado en la página 58, y según el estado contractual del centro de salud.</p>	
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital durante una estadía cubierta como paciente hospitalizado Terapia de rehabilitación para mantenimiento o paliativa Programas de ejercicio Equinoterapia e hipoterapia (ejercicio a caballo) Masoterapia 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<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, consulte la página 62.</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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición de rutina (excepto según lo indicado en la página 50) • Audífonos (excepto según lo descrito en la página 62) 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros)</p> <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. <p>• Para el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para los niños desde el nacimiento hasta los 21 años.</p> <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 58.</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: usted paga todos los cargos</p> <p>Preferido: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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: Consulte la explicación anterior y la página 58 para conocer nuestra cobertura en anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto cuando se recetan como tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(b), Procedimientos quirúrgicos, para conocer la cobertura para el tratamiento quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 45 a 47 en esta Sección para conocer nuestros niveles de pago para análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico realizadas o indicadas por su proveedor. Los beneficios no están disponibles para refracciones, excepto según lo descrito anteriormente.</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de la salud Preferido: copago de \$25 (sin deducible)</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$35 (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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 58 Marcos de lujo para anteojos o accesorios de lentes de contacto, como un recubrimiento especial, polarización, tratamiento contra rayos UV, etc. Lentes intraoculares (intraocular lenses, IOL) multifocales, de acomodación, tóricos y otros lentes intraoculares premium, incluidos Crystalens, ReStor y ReZoom Ejercicios para la vista, ejercitación de la vista u ortóptica, excepto el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo como se describe anteriormente LASIK, INTACS, queratotomía radial y otros servicios de cirugías de refracción Refracciones, que incluyen aquellas realizadas durante un examen de la vista relacionado con una afección médica específica, excepto según lo descrito anteriormente 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Cuidado de los pies	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención de rutina de los pies cuando está en tratamiento activo por una metabolopatía o insuficiencia venosa periférica, como la diabetes</p> <p>Nota: Consulte <i>Dispositivos protésicos y ortopédicos</i> para obtener información sobre plantillas para calzado podiátrico.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(b) para conocer nuestra cobertura para procedimientos quirúrgicos.</p>	<p>Médico 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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura: 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>
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Opción Estándar	Opción Básica
<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; consulte la Sección 5(c) para obtener información sobre pagos. El implante de un dispositivo se paga como cirugía; consulte 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: usted paga todos los cargos</p>

Dispositivos protésicos y ortopédicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Dispositivos protésicos y ortopédicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 mayores de 22 años, 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>	Cualquier monto superior a \$2,500 (sin deducible)	Cualquier monto superior a \$2,500
<ul style="list-style-type: none"> Audífonos implantados en el hueso cuando sean médicamente necesarios, con un límite de \$5,000 por año calendario 	Cualquier monto superior a \$5,000 (sin deducible)	Cualquier monto superior a \$5,000
<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>	Cualquier monto superior a \$350 por una peluca de por vida (sin deducible)	Cualquier monto superior a \$350 por una peluca de por vida
<p><i>Sin cobertura:</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) 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Equipo médico duradero (DME)	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"> Fueron indicados por el médico a cargo de su atención (es decir, el médico que le está tratando por su enfermedad o lesión). Son médicamente necesarios. Se utilizan principal y habitualmente solo con fines médicos. Por lo general, son útiles solo para una persona con una enfermedad o lesión. Fueron diseñados para uso prolongado. 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 	<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: Consulte 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: usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de DME proporcionada y facturada por un centro de salud.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>DME, Equipo médico duradero (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sillas de ruedas Muletas Andadores Aparatos de movimiento pasivo continuo (continuous passive motion, CPM) Aparatos de craneoplastia ortótica dinámica (dynamic orthotic cranioplasty, DOC) 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>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: Consulte 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: usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Consulte 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>Sin cobertura:</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 53 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>
<p>Suministros médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas <p>Nota: Consulte 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 	<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: usted paga todos los cargos</p>

Suministros médicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Suministros médicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Oxígeno <p>Nota: cuando le factura un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, pagamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para oxígeno, según el estado contractual del centro de salud.</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 utiliza un proveedor de suministros médicos preferido. Los médicos, los centros de salud y las farmacias preferidos no necesariamente son proveedores de suministros médicos preferidos.</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: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Fórmulas para bebés utilizadas como un sustituto de la leche materna Suministros para la diabetes, excepto según lo descrito en la Sección 5(f) o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario Alimentos medicinales administrados oralmente, excepto según lo descrito en la Sección 5(f) 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Servicios de atención de la salud 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. La atención es indicada por un médico. 	<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 para la atención de enfermería domiciliaria están limitados a 50 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Nota: Las visitas que paga mientras alcanzas su deducible por año calendario cuentan como parte del límite de visitas anuales.</p>	<p>Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 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: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</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 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Servicios de atención de la salud en el hogar (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios de atención de la salud en el hogar (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Servicios proporcionados por un enfermero, asistente de enfermería, auxiliar de salud u otra persona con licencia similar o sin licencia, facturados por un centro de salud para la atención prolongada o residencia con servicios de enfermería, excepto según lo incluido en los beneficios descritos en las páginas 94 a 95. Enfermería privada 	Todos los cargos	Todos los cargos
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 le factura un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital, proporcionamos beneficios conforme a lo aquí estipulado, y según el estado contractual del centro de salud.</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 paga mientras alcanzas su 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: usted paga 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 de la salud con licencia o certificación para realizar acupuntura emitida por el estado donde se prestan los servicios y que acusteda dentro del alcance de dicha licencia o certificación. Consulte la página 19 para obtener más información.</p> <p>Nota: Cuando recibe una factura de un centro de salud, como el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, tiene un límite de cantidad de visitas por año calendario que aparece en esta página. Consulte la Sección 5(c) para conocer su costo compartido.</p> <p>Nota: Consulte la página 83 para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para cirugías cubiertas.</p> <p>Nota: Consulte la página 52 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 paga mientras alcanzas su deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención 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 12 visitas por año calendario.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para medicamentos y suministros.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Tratamientos alternativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Tratamientos alternativos (continuación)</p> <p><i>Sin cobertura:</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>
<p>Clases y programas educativos</p> <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: consulte 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: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre diabetes <p>Nota: Consulte las páginas 45, 47 y 51 para conocer nuestra cobertura de servicios de asesoramiento nutricional que no forman parte del programa de educación en 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>Médico de atención primaria u otro profesional de atención de la salud preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Especialista Preferido: copago de \$40 por visita</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</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 52), dolores de cabeza, trastornos alimenticios (excepto según lo descrito en la página 45 y 47) 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 de la salud

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención de la salud facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención de la salud por su atención quirúrgica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con un centro de salud (es decir, hospital, centro de cirugía, etc.).
- **DEBE 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 (consulte la sección *Definiciones*, página 163) 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. Consulte la página 25 para obtener más información.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para todos los procedimientos quirúrgicos de trasplante de órganos (excepto trasplantes de córnea); y si su procedimiento quirúrgico requiere hospitalización, DEBE OBTENER PRECERTIFICACIÓN. Consulte la información sobre aprobación y precertificación que figura en la Sección 3 para cerciorarse de cuáles son los servicios que necesitan aprobación o precertificación.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación de género. Antes de cualquier cirugía de reasignación de género, su proveedor debe enviar un plan de tratamiento que incluya todas las cirugías planificadas y la fecha estimada en la que se realizará cada una. Debe obtenerse una nueva aprobación previa si el plan de tratamiento se aprueba y su proveedor más tarde modifica el plan (lo que incluye cambios en los procedimientos que se realizarán o las fechas previstas de los procedimientos). Consulte las páginas 25 y 71 para más información. Si su procedimiento quirúrgico requiere un ingreso hospitalario, TAMBIÉN DEBE OBTENER PRECERTIFICACIÓN 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 tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 122 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. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731. Los miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos y farmacias preferidas (consulte la página 111).
- **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, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio médico) no preferidos. Puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulte la página 36, NSA, para obtener información sobre las circunstancias en las que usted no es responsable por esta diferencia.
 - Puede 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**. Consulte la página 27 para obtener más información.

- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y la página 22 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, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio del médico) no preferidos. Puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulte la página 36, NSA, para obtener información sobre las circunstancias en las que usted no es responsable por esta diferencia.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<p>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.</p>		
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 su primera colonoscopia cubierta del año calendario (consulte la página 47). 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 (consulte la sección <i>Cirugía reconstructiva</i> en la página 71) • Tratamiento de quemaduras • Circuncisión masculina • Colocación de dispositivos protésicos internos. Consulte 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>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: Puede 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. Consulte la página 27 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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 comorbilidades asociadas. Los miembros elegibles deben tener 16 años o más. Los beneficios están disponibles solo para los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Bypass gástrico en Y de Roux - Banda gástrica ajustable por vía laparoscópica - Gastrectomía en manga - Baipás 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 69 a 70.</p> <p>Nota: Para ciertos procedimientos quirúrgicos, sus costos de desembolso directo para los servicios en centros de salud se reducen si utiliza un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center. Consulte las páginas 92 y 93 para obtener información.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa para la cirugía para la obesidad mórbida. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la página 25.</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. <ul style="list-style-type: none"> - 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. (Nota: Los beneficios no están disponibles para programas comerciales para perder peso; consulte las páginas 47 y 51 para conocer nuestra cobertura de servicios de asesoramiento nutricional). - Cuenta con la evaluación nutricional preoperatoria y orientación nutricional sobre nutrición, alimentación y ejercicio preoperatorios y posoperatorios. - Existe evidencia de que los intentos de perder peso en el período de 1 año anterior a la cirugía no han sido efectivos. - Autorización psicológica de la capacidad del miembro de comprender y cumplir con el programa preoperatorio y posoperatorio, basada en una evaluación psicológica realizada por un profesional con licencia en salud mental (consulte la página 106 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. 	<p>Consulte la página 68</p>	<p>Consulte la página 68</p>

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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. <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>	<p>Consulte la página 68</p>	<p>Consulte la página 68</p>
<p><i>Sin cobertura:</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 (consulte 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 insuficiencia 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 la cirugía de reasignación de género</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Cirugía reconstructiva	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una anomalía congénita (para ver la definición, consulte la Sección 10, página 163) • 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>Nota: las prótesis mamarias internas se pagan como dispositivos protésicos y ortopédicos; consulte la Sección 5(a). Consulte la Sección 5(c) cuando lo facture un centro de salud.</p> <p>Nota: Si necesita una mastectomía, puede 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 peneanas para tratar la disfunción eréctil 	<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: Puede 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. Consulte la página 27 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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios de la cirugía de reasignación de género tienen las siguientes limitaciones: <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, faloplastía, uretroplastía, escrotoplastía, electrólisis (eliminación del vello en el lugar de la operación) y colocación de prótesis testicular y eréctil - Para la cirugía de paso de hombre a mujer: penectomía, orquiectomía, vaginoplastía, clitoroplastía, labioplastía y electrólisis (eliminación del vello en el lugar de la operación) <p>Nota: Se necesita aprobación previa para la cirugía de reasignación de género. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la página 25.</p>	<p>Ver arriba</p>	<p>Ver arriba</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Cirugía reconstructiva (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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. 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 de la salud 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>Consulte la página 71</p>	<p>Consulte la página 71</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Cirugía reconstructiva (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Sin cobertura:</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 la 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 (consulte la sección <i>Definiciones</i>) en maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar o base de la boca <p>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. Consulte la página 25 para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). Llámenos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para verificar que su proveedor es Preferido para el tipo de atención (p. ej., atención dental de rutina o cirugía bucal) que tiene 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: Puede 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. Consulte la página 27 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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Participante/no participante:</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
		usted paga todos los cargos
Cirugía bucal y maxilofacial (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Sin cobertura:</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 en página 73 y en la Sección 5(g)</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que incluyen los dientes o la 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 en página 73 y en la Sección 5(g)</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que implantes dentales o preparación de la boca para la colocación o uso permanente de dentaduras postizas, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones producidas en un accidente, como se describe en página 73 y en la Sección 5(g)</i> • <i>Atención de ortodoncia antes o después de una cirugía, o durante esta, excepto la ortodoncia asociada con la cirugía para corregir para lesiones producidas en un accidente, como se describe en página 73 y en la Sección 5(g).</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Trasplantes de órganos/tejidos

Requisitos de aprobación previa:

Debe obtener la aprobación previa (consulte la página 26) 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 79 a 80 tienen **requisitos adicionales** que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o de 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: Consulte las páginas 23 a 25 para obtener información sobre la precertificación para atención de pacientes hospitalizados.

Los trasplantes de órganos/tejidos se enumeran en las páginas 75 a 76. 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. Comuníquese con su Plan Local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare.

Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un cierto tipo de procedimiento de trasplante de órgano, este requisito no se aplica, y puede utilizar cualquier centro de salud cubierto que realice el procedimiento. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órgano previsto, pero su centro de salud no está aprobado por Medicare para el procedimiento, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Los trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea están cubiertos según lo especificado en las páginas 76 a 81. 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 76 y 81, 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 76 a 79 se deben realizar en un centro de salud con un programa de trasplante acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT), o en un centro de salud designado como Blue Distinction Center for Transplants o un Centro de Investigación del Cáncer. Los **procedimientos de trasplante que se indican en la página 80** se deben realizar en un centro de salud acreditado por la FACT. Consulte la página 21 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, comuníquese con su Plan Local al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 76 a 78 incluye beneficios para aquellos trasplantes que se realizan en un ensayo clínico aprobado para tratar cualquiera de las afecciones enumeradas una vez obtenida la aprobación previa. Consulte las páginas 79 a 80 para obtener información sobre los **trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos solo en ensayos clínicos** y los **requisitos adicionales** correspondientes.

Nota: Consulte la página 155 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 (consulte la página 81 para más información).

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de órganos/tejidos</p> <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 islote pancreático (como un complemento de una pancreatometomía 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 	<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: Puede 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. Consulte la página 27 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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p>
<p>Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: Consulte las páginas 74 a 75 para la aprobación previa y los requisitos del centro de salud que se aplican a los trasplantes de órganos y tejidos</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<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 • 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]) 	<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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: Usted paga todos los cargos.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunodeficiencias primarias (p. ej., inmunodeficiencia combinada grave, síndrome de Wiskott-Aldrich, linfocitopenia hemofagocítica, síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X, síndrome de Kostmann, deficiencias de adhesión leucocitaria) <p>Nota: Consulte las páginas 74 a 75 para ver los requisitos de aprobación previa y del centro de salud que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 79 a 81 para obtener información sobre los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en ensayos clínicos.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte 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: Consulte las páginas 74 a 75 para ver los requisitos de aprobación previa y del centro de salud que se aplican a los trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 79 a 81 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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea para los diagnósticos que se indican a continuación, únicamente cuando se realizan como parte de un ensayo clínico que cumple con los criterios de centro de salud descritos en la página 74 y los requisitos enumerados en la página 80:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea alogénicos, 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 - Rbdomiosarcoma - 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 - Rbdomiosarcoma - 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 80, 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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea para los diagnósticos tal como se indican a continuación, únicamente cuando se realicen en un centro de salud acreditado por la FACT (consulte la página 21) como parte de un ensayo clínico que cumpla con los requisitos que figuran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes de células madre de la sangre o de médula ósea alogénicos, 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 los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en los ensayos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe comunicarse con nosotros llamando al número de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener aprobación previa (consulte la página 26). • El paciente debe estar debida y legalmente registrado en el ensayo clínico y cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del ensayo. <ul style="list-style-type: none"> - Para los procedimientos de trasplante enumerados anteriormente, el ensayo clínico debe estar revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (IRB) del centro de salud acreditado por la FACT donde se llevará a cabo el procedimiento. - Para los procedimientos de trasplante enumerados en la página 79, 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. Puede encontrar información acerca de los ensayos clínicos en www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials.</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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>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 de salud acreditado por la FACT, un centro Blue Distinction Center for Transplants o un centro de investigación del cáncer para tratar su afección en el momento en que busques ser incluido en un ensayo clínico. Si el médico le ha recomendado que participe en un ensayo clínico, le aconsejamos que se comuniquen con el Departamento de Administración de Casos en su Plan Local para obtener ayuda.</p> <p>Nota: Consulte la página 155 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con ensayos clínicos.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<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 trasplante autólogo 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 a 76-80 <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 a 76-80 Gastos médicos y de atención en hospital cubiertos del donante, cuando cubrimos al receptor. Suministros o servicios cubiertos proporcionados al receptor Pruebas de compatibilidad de donantes para posibles donantes que no sean hermanos de padre y madre (como aquellos sin parentesco), para cualquier posible donante que sea hermano de padre y madre, y para el donante real utilizado para el trasplante <p>Nota: Consulte la Sección 5(a) para conocer la cobertura para los servicios relacionados, como quimioterapia o terapia de radiación y medicamentos administrados para estimular o movilizar las células madre para los procedimientos de trasplante cubiertos.</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: su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamo para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si recibe los servicios de un segundo cirujano, usted paga 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: usted paga 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 \$250 por día (\$1,500 máximo) conforme a la Opción Básica, por el período de trasplante. Consulte la página 171 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 le 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 de médula ósea (adultos y pediátricos) que figuran en las páginas 76 a 80
- Servicios relacionados con trasplantes que figuran en la página 81

Beneficio para viajes:

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 vive a cincuenta (50) millas o más del centro de salud, hasta un máximo de \$5,000 por trasplante para el miembro y los acompañantes. 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: Debe obtener la aprobación previa para los beneficios de viajes (consulte la página 26).

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. Consulte las páginas 75 a 76 para obtener información sobre beneficios para estos trasplantes.

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

Nota: Consulte las páginas 75 a 81 para conocer los requisitos relacionados con la cobertura de los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de órganos/tejidos</p> <p><i>Sin cobertura:</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 compatibilidad de donantes y gastos de búsqueda de donantes, incluidos los gastos de viajes asociados, excepto por lo que se define en la página 81</i> • <i>Implantes de órganos artificiales, incluidos aquellos implantados como un puente para un trasplante o terapia de destino, excepto la implantación médicamente necesaria de un corazón artificial según lo descrito en las páginas 75 a 76</i> • <i>Trasplante alogénico 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> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Anestesia</p> <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: Consulte 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: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anestesia relacionada con cirugías o procedimientos no cubiertos</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

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

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- **DEBE OBTENER PRECERTIFICACIÓN PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL. SI NO LO HACE, DEBERÁ PAGAR UNA MULTA DE \$500.** Consulte nuestra información sobre la precertificación que se incluye en la Sección 3 para cerciorarse de cuáles son los servicios que necesitan precertificación.
- **DEBE OBTENER UNA PRECERTIFICACIÓN PARA ESTADÍAS EN CENTROS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL Y CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.** Consulte la información sobre la precertificación 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 88. Consulte la página 166 para obtener más información sobre estos tipos de servicios.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para los siguientes servicios quirúrgicos: estudios del sueño realizados en un centro médico, cirugía para obesidad mórbida, corrección quirúrgica de anomalías congénitas; y cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente (consulte la sección *Definiciones*, página 163) 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. Consulte la página 25 para obtener más información.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación de género. Consulte la página 25 para obtener información sobre la aprobación previa y las páginas 71 a 72 para los beneficios quirúrgicos.**
- Debe 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 de la salud facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor o centro de salud factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por el centro de salud (es decir, el hospital o centro de cirugía) o servicio de ambulancia, por su cirugía o atención como paciente hospitalizado o ambulatorio. Todos los costos relacionados con los honorarios del profesional (es decir, médicos, etc.) se indican en las Secciones 5(a) o 5(b).
- 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 tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte la página 122 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. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731. Los miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos y farmacias preferidas (consulte la página 111).
- **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.**

- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.
- No se cobra su 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. Usted es responsable de pagar los costos compartidos aplicables por los servicios prestados y facturados por el hospital.

Descripción de los beneficios	Usted paga
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 hospitalarios para pacientes hospitalizados	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Alojamiento y comidas, 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 debe estar aislado para prevenir contagios, cuando su 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 su tipo de admisión. Consulte las páginas 166 a 169 para obtener más información.</p> <p>Consulte las páginas 93 a 94 y 107 a 108 para obtener información sobre el centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados.</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 • 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>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 es admitido en un centro de salud Miembro o No miembro debido a una emergencia médica o lesión producida en un accidente, paga 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 \$250 por día hasta \$1,500 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 recibe como paciente ambulatorio), su responsabilidad para los servicios cubiertos que recibe se limita a \$250 por admisión.</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <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 88. Consulte la página 166 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 necesita precertificación para su parto; consulte la página 29 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para usted o su recién nacido. • Si necesita quedarte en el hospital más tiempo del programado inicialmente, cubriremos una extensión de la estadía si es médicamente necesaria. Sin embargo, debe obtener precertificación para la extensión de la estadía. Consulte la página 29 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: Consulte las páginas 52 a 53 para conocer otros servicios cubiertos relacionados con la maternidad.</p> <p>Nota: Consulte la página 64 para conocer la cobertura para sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Nota: Para ciertos procedimientos quirúrgicos, sus costos de desembolso directo para los servicios en centros de salud se reducen si utiliza un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center. Consulte las páginas 92 y 93 para obtener información.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Admisión en centros médicos no cubiertos, como residencias con servicios de enfermería, centros de salud para atención prolongada, escuelas o centros de tratamiento residencial (excepto lo descrito en las páginas 93 a 94 y 107 a 108)</i> • <i>Artículos para comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería</i> • <i>Enfermería privada</i> • <i>Gastos de alojamiento y comida en el centro cuando, a nuestro criterio, la admisión o parte de la admisión comprende lo siguiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención de custodia o atención a largo plazo (consulte la sección Definiciones)</i> - <i>Atención de un paciente convaleciente o una cura de reposo</i> - <i>Atención a domicilio proporcionada debido a que no se dispone de atención en el hogar o a que esta es inadecuada</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 su afección ni la calidad de la atención de la salud que recibe. Admisiones destinadas o que consisten principalmente en la observación o evaluación del paciente, y que podrían haberse proporcionado adecuadamente y sin riesgo en otro ámbito (como un consultorio médico) Admisiones que tienen como fin principal efectuar estudios de diagnóstico, servicios de radiología, análisis de laboratorio o servicios de patología que podrían haberse proporcionado adecuadamente y sin riesgo en otro ámbito (como el departamento de atención ambulatoria de un hospital o un consultorio médico) <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 de la salud para pacientes hospitalizados. Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los servicios o suministros cubiertos, excepto los beneficios de alojamiento y comida, y atención de la salud 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 los centros de salud proveedores cubiertos (consulte las páginas 20 a 21).</i></p>	<p>Todos los cargos</p>	<p>Todos los cargos</p>
Hospital o centro de cirugía 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"> Quirófano, 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><i>Nota: Los beneficios de atención preventiva se aplican a los cargos del centro de salud para su primera colonoscopia cubierta del año calendario (consulte la página 47). Proporcionamos beneficios de diagnóstico para los servicios relacionados con procedimientos de colonoscopia subsiguientes realizados en el mismo año.</i></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 	<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)</p> <p>También puede 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 (excepto según se indica a continuación)</p> <p><i>Nota: Puede ser responsable de pagar un copago de \$200 por día por centro de salud si se facturan otros servicios de diagnóstico además de los servicios que aquí se enumeran.</i></p> <p><i>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para implantes quirúrgicos, agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</i></p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento sobre diabetes Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos Sangre y plasma sanguíneo, si no es donado ni por reemplazo, y otros productos biológicos. Servicios de vendajes, férulas, yesos y bandejas estériles Suministros del centro de salud para atención domiciliaria para hemofílicos Otros suministros médicos, incluido el oxígeno Implantes quirúrgicos <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulte las páginas 102 a 104 para conocer nuestros niveles de pago por la atención relacionada con emergencias médicas o lesiones producidas en un accidente. Consulte la página 54 para conocer nuestra cobertura de servicios de planificación familiar. Para conocer nuestra cobertura de visitas clínicas en un hospital, consulte los beneficios profesionales que se describen en las páginas 44 a 45, y en la página 59 para servicios para la vista. Para ciertos procedimientos quirúrgicos, sus costos de desembolso directo para los servicios en centros de salud se reducen si utiliza un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center. Consulte las páginas 92 y 93 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 su monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza un centro de salud preferido. Consulte las páginas 52 a 54 para conocer otros servicios relacionados con la maternidad. Consulte la página 91 para conocer los medicamentos, dispositivos médicos y 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. Consulte la Sección 5 (g), <i>Beneficios de servicios dentales</i>, para obtener información adicional sobre los beneficios.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte 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 reciba servicios de observación se incluyen en los montos de los costos compartidos que se muestran aquí. Consulte la Sección 5(a) de los servicios facturados por los proveedores profesionales durante la permanencia en observación y las páginas 85 a 87 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 \$250 por día y hasta \$1,500</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Para los servicios de observación de pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, renunciamos a su cantidad de costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza 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>Consulte la página anterior</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y los servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por 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. Consulte la página 46 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 puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud preferidos: copago de \$200 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud miembros: copago de \$200 por día por centro de salud</p> <p>Centros de salud no miembros: copago de \$200 por día por centro de salud, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 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 su monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza 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 puede 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: Puede 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <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 • Fisioterapia 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 puede 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: usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 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 • Análisis conductual aplicado (ABA) para un trastorno del espectro autista (vea los requisitos de aprobación previa en la página 25) 	<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 puede 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: Puede 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 para obtener más información sobre los “agentes”).</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <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 su monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza 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 puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 15% de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Centros de salud Miembros: un 15 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Centros de salud No miembros: 15 % de la cantidad autorizada por el Plan, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Puede 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: Usted paga un 30 % de la cantidad autorizada por el Plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. (Consulte la página 163 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 47 a 50 • Pruebas de detección de cáncer que se enumeran en las páginas 47 a 48 y ecografías de detección para aneurisma aórtico abdominal <p>Nota: Consulte la página 49 para conocer nuestros requisitos de cobertura para las pruebas de BRCA preventivas.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 50 a 51 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>Consulte la página 47 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, colonoscopias o vacunas de rutina realizadas en centros de salud miembros o no miembros.</p>
<p>Medicamentos, dispositivos médicos y 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 • Dispositivos protésicos y ortopédicos • Equipo médico duradero • Implantes quirúrgicos <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 su monto del costo compartido y pagamos por los servicios cubiertos en su totalidad cuando utiliza 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 puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 30 % de la cantidad autorizada por el Plan</p> <p>Nota: También puede ser responsable de pagar un copago por día por centro de salud por servicios para pacientes ambulatorios. Consulte la explicación anterior y las páginas 87 a 90 para conocer información específica sobre la cobertura.</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</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"> - Bypass gástrico en Y de Roux - Banda gástrica ajustable por vía laparoscópica - Gastrectomía en manga - Baipás 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 <p>Nota: Debe obtener la precertificación para la estadía en el hospital y verificar la designación de su centro de salud como Blue Distinction Center para el tipo de cirugía programada. Comuníquese con nosotros antes de su admisión al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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. Consulte las páginas 84 a 86 para conocer los beneficios de hospitalización normales y las páginas 87 a 91 para conocer los niveles de beneficios de centros de salud para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 20 a 21 para obtener más información sobre los centros de salud Blue Distinction Centers.</p>	<p>Blue Distinction Center: copago de \$150 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)</p>	<p>Blue Distinction Center: copago de \$100 por día hasta \$500 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención especializada Blue Distinction® (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con procedimientos específicos de cirugía bariátrica cubiertos, 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: Debe cumplir con los requisitos prequirúrgicos enumerados en las páginas 69 a 70 para cirugías bariátricas.</p> <p>Nota: Además, debe obtener la aprobación previa y verificar la designación del centro de salud como un centro Blue Distinction Center para el tipo de cirugía programada. Comuníquese con nosotros antes del procedimiento al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 beneficios no se aplican a otros tipos de servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, incluso si se realizan en un centro Blue Distinction Center. Consulte las páginas 87 a 88 para conocer los beneficios que brindamos.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 20 a 21 para obtener más información sobre los centros de salud Blue Distinction Centers.</p>	<p>Blue Distinction Center: \$100 por día por centro de salud (sin deducible)</p>	<p>Blue Distinction Center: \$25 por día por centro de salud</p>
Centro de tratamiento residencial	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Se requiere una precertificación 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 (consulte la página 44 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 \$250 por día hasta \$1,500 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
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 a largo plazo (consulte la sección <i>Definiciones</i>); y la atención domiciliar 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 de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios, consulte la página 108.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
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 su 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 precertificación 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>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 precertificación antes de la admisión (consulte la página 23). Los miembros deben encargarse de la inscripción en la administración de casos (consulte la página 23).</p>	<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>	<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	Usted paga	
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Cuando la Parte A de Medicare es su 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: Consulte 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: Consulte la página 90 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. consulte la Sección 5(f) para conocer los beneficios para medicamentos con receta.</p> <p>Nota: si la Parte A de Medicare es su pagador primario, solo le 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: Usted paga todos los cargos no pagados por Medicare luego del día 30.</p>	<p>Todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <p><i>Teléfono; televisión; artículos de confort personal, como comidas y camas para acompañantes, servicios de belleza y barbería; salidas/viajes recreativos, transporte en sillas de rueda o camilla; transporte en ambulancia que se solicita sin emergencia, más allá del centro de salud más cercano adecuadamente equipado para tratar la afección del miembro, por el paciente o el médico para la continuidad de la atención u otra razón; cuidado de custodia o de largo plazo (consulte Definiciones); y la atención domiciliar 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 médico de atención primaria o especialista del miembro.</p>	<p>Consulte las páginas 96 a 99.</p>	<p>Consulte las páginas 96 a 99.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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>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 médico 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. Usted es responsable de cerciorarse de que el proveedor del centro de cuidado paliativos (para enfermos terminales) haya recibido la aprobación previa del Plan Local (consulte la página 25 para ver las instrucciones). Verifique con su Plan Local o ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) y obtener las listas de los proveedores preferidos de 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 97 a 99 .</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 (consulte la Sección 10 en la página 163) • Orientación sobre dietas • Alquiler de equipo médico duradero • Servicios médicos sociales • Suministros médicos • Atención de enfermería 	<p>Consulte la página siguiente.</p>	<p>Consulte la página siguiente.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continuación)</p> <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) 	<p>Consulte a continuación</p>	<p>Consulte a continuación</p>
<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. Consulte la página 96 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: usted paga 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 una enfermera titulada (RN) o auxiliar de enfermería con licencia (licensed practical nurse, LPN).</p> <p>Nota: Los miembros deben recibir aprobación previa del Plan Local para cada episodio de cuidados paliativos continuos en el domicilio (consulte la página 96). 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: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<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. 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: usted paga todos los cargos</p>
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) (continuación)</p>	<p>Opción Estándar</p>	<p>Opción Básica</p>
<p><i>Sin cobertura:</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 (consulte la página 96)</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> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Ambulancia</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, 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 sean de emergencia.</p>	<p>Nada (sin deducible)</p> <p>Nota: estos niveles de beneficio se aplican únicamente si recibe 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, consulte 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 su afección si viajas fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.</p> <p>Nota: Si se encuentra en el extranjero y necesita ayuda con servicios de evacuación de emergencia al centro más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, comuníquese con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI) llamando al 804-673-1678. Consulte la página 139 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>Sin cobertura:</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)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
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. Consulte la definición de repatriación en la Sección 10. Los miembros que viajan al extranjero deben considerar la compra de una póliza de seguro de viaje que cubra la repatriación a su país de origen.</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 su afección</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(d). Cuidado de emergencia/accidentes

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Debe tener en cuenta que algunos 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, es responsable de sus costos compartidos para esos servicios. Consulte la página 36, 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.**
 - **Debe utilizar proveedores preferidos a fin de recibir los beneficios, excepto en los casos de emergencias médicas o lesiones producidas en un accidente. Consulte 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 de la salud inmediata, incluidas mordidas de animales e intoxicaciones. (Consulte 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 su vida o que podría ocasionar una lesión o discapacidad grave y que requiere atención quirúrgica o médica inmediata. Algunos problemas son emergencias porque, si no son tratados de inmediato, podrían agravarse; entre los ejemplos se incluyen los cortes profundos y huesos fracturados. Otros son emergencias porque pueden poner en peligro su vida, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, envenenamiento, heridas de bala o la incapacidad repentina para respirar. Existen muchas afecciones agudas que podemos considerar emergencias médicas; lo que todas tienen en común es la necesidad de actuar con rapidez.

Beneficios de la Opción Básica para atención de emergencia

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

Proporcionamos beneficios de emergencia si tiene síntomas agudos lo suficientemente graves, incluido el dolor intenso, de tal grado que una persona prudente sin formación profesional que tenga nociones comunes sobre la salud y la medicina podría razonablemente prever que la ausencia de atención de la salud 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	Usted paga	
<p>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.</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 de la salud 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: nada (sin deducible) Participante: nada (sin deducible) No participante: nada (sin deducible)</p>	<p>Preferido: nada Participante: nada No participante: nada</p>
<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 	<p>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)</p>	<p>Los niveles de beneficios normales se aplican a los servicios cubiertos prestados en este ámbito. Consulte las Secciones 5(a) y 5(b).</p>
<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 	<p>Preferido: nada (sin deducible) Miembro: nada (sin deducible) No miembro: nada (sin deducible)</p>	<p>Sala de emergencias preferida: copago de \$250 por día por centro de salud Sala de emergencias Miembro: copago de \$250 por día por centro de salud Sala de emergencias No miembro: copago de \$250 por día por centro de salud Nota: Si es admitido directamente en el hospital desde la sala de emergencias, no es necesario que pague el copago de \$250 por atención en la sala de emergencias. Sin embargo, aún se aplica un copago de \$250 por día por la atención de pacientes hospitalizados en un centro preferido.</p>
<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 urgencia debe estar autorizado para proporcionar cuidado de emergencia a fin de recibir protecciones en virtud de la NSA. Consulte la página 36 para obtener más información.</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: nada (sin deducible) Centro de atención de urgencia participante: nada (sin deducible) Centro de atención de urgencia no participante: nada (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$35 por visita 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) Centro de atención de urgencia participante: nada (sin deducible) 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 Centro de atención de urgencia participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Lesión producida en un accidente (continuación)</p> <p>Nota: Si es tratado por un proveedor profesional no perteneciente a una PPO en un centro de la PPO, solo será responsable de sus costos compartidos y no deberá pagar ninguna diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado. (Consulte la página 36).</p> <p>Nota: Pagamos beneficios para pacientes hospitalizados si lo internan. Consulte las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer esos beneficios.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(g) para conocer los beneficios dentales para lesiones producidas en un accidente.</p>	<p>Nota: Los beneficios descritos en la página 102 se aplican únicamente si recibe 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. Consulte las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer los beneficios que brindamos.</p> <p>Nota: Para medicamentos, servicios, suministros o equipo médico duradero facturados por un proveedor distinto de un hospital, un centro de atención de urgencia o un médico, consulte 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>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía bucal, excepto según lo descrito en la Sección 5(b)</i> • <i>Lesiones sufridas en los dientes mientras come</i> • <i>Honorarios profesionales para salas de emergencia con diferenciales por turnos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Emergencia médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias, incluida la atención de la salud profesional, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional • Servicios y suministros en la sala de emergencias de un hospital para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología cuando son facturados por el hospital <p>Nota: Pagamos los beneficios para pacientes hospitalizados si es internado como resultado de una emergencia médica. Consulte la Sección 5(c).</p>	<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: 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>Preferido: nada</p> <p>Participante: nada</p> <p>No participante: nada</p> <p>Sala de emergencias preferida: copago de \$250 por día por centro de salud</p> <p>Sala de emergencias Miembro: copago de \$250 por día por centro de salud</p> <p>Sala de emergencias No miembro: copago de \$250 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 el copago de \$250 por atención en la sala de emergencias. Sin embargo, aún se aplica un copago de \$250 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	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Emergencia médica (continuación)</p> <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 urgencia debe estar autorizado para proporcionar cuidado de emergencia a fin de recibir protecciones en virtud de la NSA. Consulte la página 36 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 urgencia se enumeran en la Sección 5(a) en las páginas 62 a 63.</p>	<p>Centro de atención de urgencia Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Centro 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 urgencia se enumeran en la Sección 5(a) en las páginas 62 a 63.</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: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura: 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>
<p>Ambulancia</p> <p>Consulte las páginas 99 a 100 para conocer información sobre la cobertura y el beneficio de ambulancia completo.</p>	<p>Consulte las páginas 99 a 100</p>	<p>Consulte las páginas 99 a 100</p>

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

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Si tiene una afección compleja o crónica aguda, es posible que seas elegible para recibir los servicios de un administrador de casos profesional para que le ayude con la evaluación, la planificación y la simplificación de la atención y las opciones de tratamiento personalizadas. Para obtener más información sobre el proceso de Administración de casos, consulte la página 137. Llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio si tiene alguna pregunta o si desea tratar sus necesidades de atención de la salud.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Todos los años llevamos a cabo un análisis de los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento que se aplican a estos beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias del Plan en cumplimiento de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad ante la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act) (la Ley) y las normativas que implementan la Ley. Sobre la base de los resultados de este análisis, es posible que sugiramos cambios a los beneficios del programa para la OPM. 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
- **DEBE OBTENER PRECERTIFICACIÓN PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL O EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL. SI NO LO HACE, DEBERÁ PAGAR UNA MULTA DE \$500.** Consulte la información sobre la precertificación 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).
 - Puede 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:**
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.**
 - **No hay deducible por año calendario.**
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros de salud preferidos (PPO).

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<p>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.</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>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, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o comuníquese con su Plan Local al número de teléfono de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 66 y 125 para conocer nuestra cobertura del tratamiento para dejar de fumar.</p> <p>Nota: Consulte la página 52 para conocer nuestra cobertura de visitas relacionadas con la salud mental para tratar la depresión posparto 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 de tratamiento residencial en los niveles que se indican aquí.</p>	<p>Sus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.</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>Sus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.</p> <p>Preferido: copago de \$30 por visita</p> <p>Participante/no participante: usted paga 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: Consulte 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 44.</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: usted paga 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: usted paga todos los cargos</p>

Servicios profesionales (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios profesionales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales para pacientes hospitalizados 	<p>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>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Honorarios profesionales por tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en centros de salud Costos 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: usted paga todos los cargos</p>
<p>Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados</p> <p>Servicios al paciente hospitalizado prestados y facturados por un hospital u otro centro de salud cubierto (consulte a continuación la atención en un centro de tratamiento residencial)</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: Debe obtener precertificación para las estadias 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 \$250 por día hasta \$1,500 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>
<p>Centro de tratamiento residencial</p> <p>Se requiere una precertificación 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 \$250 por día hasta \$1,500 por admisión para una cantidad de días ilimitada</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Centro de tratamiento residencial (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 (consulte la página 106 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 (consulte la sección <i>Definiciones</i> en la página 164); 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 de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios, consulte 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>	<p>Consulte la página anterior</p>
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios	Opción Estándar	Opción Básica
<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 de tratamiento residencial 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). También puede 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: usted paga todos los cargos</p>

Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<p>Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios (continuación)</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 (consulte la Sección 10, Definiciones, para obtener más información). Cubrimos servicios o suministros para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados provistos y facturados por centros de tratamiento residencial, excepto los beneficios de habitación y comidas, y atención de la salud para pacientes hospitalizados, en los niveles que se indican aquí.</p>	<p>Opción Estándar</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 puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p>	<p>Opción Básica</p> <p>Preferido: nada</p> <p>Miembro/no miembro: nada</p>
<p>No cubierto (pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios)</p> <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 de tratamiento residencial, excepto según lo descrito en las páginas 93 a 94 y 107 a 108.</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 106 a 107 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 a largo plazo (consulte 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>Opción Estándar</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>	<p>Opción Básica</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>

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

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

- Cubrimos medicamentos con receta médica y suministros, según se describe en el cuadro que comienza en la página 116.
- Si no existe un medicamento genérico disponible, deberá pagar el monto de los costos compartidos por la marca cuando reciba un medicamento de marca.
- Si existe una sustitución genérica disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, deberá hacerse cargo de los costos compartidos 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”, deberá hacerse cargo solo del costo compartido del nivel aplicable.
- Si el costo de su medicamento con receta médica es menor que su monto de costo compartido, solo paga el costo de su medicamento con receta médica.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Los beneficios para determinados medicamentos autoinyectables (autoadministrados) se proporcionan solo cuando son dispensados por una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Consulte las páginas 122 a 123 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). Consulte *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección (páginas 127 a 128) para obtener más información.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Los precios de los medicamentos varían entre las diferentes farmacias minoristas, el programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad. **Revise las opciones de compra de sus medicamentos con receta médica para obtener el mejor precio.** Tiene a su disposición una herramienta para calcular el costo de los medicamentos en www.fepblue.org o llame a:
 - Programa de Farmacias minoristas: 800-624-5060, TTY: 711.
 - Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 711.
 - Programa de farmacias de medicamentos de especialidad: 888-346-3731, TTY: 711.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS, y la aprobación previa debe renovarse periódicamente.** La aprobación previa es parte de nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (Patient Safety and Quality Monitoring, PSQM). Consulte las páginas 114 a 115 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 utilice 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 su medicamento cambia a un nivel más alto, su costo compartido se incrementará. Consulte las páginas 122 a 124 para conocer las cantidades que pagan los miembros por las compras en farmacias minoristas preferidas, servicio de envío por correo y compras de medicamentos de especialidad. Si su medicamento pasa a un nivel sin cobertura, debe 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 (consulte las páginas 126 y 127); 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 detalles, consulte las páginas 111 y 112.

- **En la Opción Estándar:**
 - Puede 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 sus 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:**
 - **Debe utilizar farmacias minoristas preferidas o el programa de Farmacias de medicamentos de especialidad para recibir beneficios.** Nuestra farmacia de medicamentos de especialidad es una farmacia preferida.
 - 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 debe tener en cuenta. Estos incluyen lo siguiente:

- **Quién puede firmar sus recetas.** Un médico o dentista con licencia en los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., o, en los estados que lo permiten, un proveedor con licencia o certificado con autoridad para prescribir recetas médicas dentro del alcance de su práctica, deben firmar sus recetas. Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre los medicamentos comprados en el extranjero.
- **Dónde puede obtenerlas.**

En la Opción Estándar, puede 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 utiliza 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. Consulte la página 171 para conocer la definición de “medicamentos de especialidad”.

En la Opción Básica, debe surtir las recetas solo en una farmacia minorista preferida o a través del programa de Farmacias de medicamentos de especialidad para recibir beneficios. Si su cobertura es la cobertura primaria de la Parte B de Medicare, también puede surtir sus recetas a través del programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo. Consulte la página 171 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 haya obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará su receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir su receta y se le 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 haya obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, conservará su receta durante un máximo de 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa en el término de 30 días, no se podrá surtir su receta y se le 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 su 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 123 y 124.

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. Consulte las páginas 122 a 123 para obtener información sobre sus costos compartidos de 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, tendrá que pagar el costo total de ese medicamento ya que ese medicamento no está cubierto dentro de su 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 su médico recetó un medicamento no preferido más caro para usted, podemos pedirle que recete en su lugar un medicamento preferido; le alentamos a que haga lo mismo. Si compras un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos preferidos, su costo será mayor. Su colaboración con nuestros esfuerzos por reducir los costos ayuda a que su prima se mantenga en un nivel asequible.

Nota: Algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos (consulte las páginas 126 a 127); 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 su receta, comprueba el estado de preferido/no preferido de su 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 le 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
- Nivel 4: incluye medicamentos de especialidad preferidos
- Nivel 5: incluye medicamentos de especialidad no preferidos

Puede consultar nuestras listas de medicamentos aprobados tanto de la Opción Estándar como de la Opción Básica, las 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: 711, 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 sus medicamentos con receta médica (o los de los miembros de su 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, autoriza al farmacéutico a sustituir el medicamento por cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la FDA de los EE. UU., a menos que usted o su médico soliciten específicamente un medicamento de marca y la receta diga “dispensarse como se recetó”. Tenga en cuenta que los **miembros de la Opción Básica deben utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios**. Consulte la Sección 10, *Definiciones*, en la página 165 para obtener más información sobre las alternativas genéricas y los equivalentes genéricos.

- **Divulgación de información.** Como parte de nuestra administración de los beneficios de medicamentos con receta médica, podemos divulgar información sobre la utilización de su medicamento con receta médica, incluidos los nombres de los médicos que firman su receta, a cualquier médico que le 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, usted puede comprar un suministro de medicamentos de **hasta** 90 días y suministros cubiertos a través del programa de Farmacias minoristas. Puede 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), puede 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. Consulte la página 124 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. Llámenos o visite nuestro sitio web si tiene 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 es reservista o miembro de la Guardia Nacional y le convocan al servicio militar activo, debe consultarnos sobre sus necesidades de medicamentos con receta médica. Consulte 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 su proveedor o cualquier proveedor de beneficio no de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte las páginas 122 a 123 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). Consulte el apartado *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección (página 128) para obtener más información.

- **Información de contacto importante**

Programa de Farmacias minoristas: 800-624-5060, TTY: 711;

Programa de Medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 711;

Programa de Farmacias de medicamentos de especialidad: 888-346-3731, TTY: 711 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 de la salud. Nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM) incluye un conjunto de programas estrechamente integrados 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 115, este programa exige la aprobación para ciertos medicamentos con receta médica y suministros antes de que proporcionemos los beneficios para ellos.
- **Controles de seguridad:** antes de surtir su receta, verificamos la calidad y la seguridad respecto de las precauciones de uso, las interacciones de medicamentos, la duplicación de medicamentos, el uso excesivo y la frecuencia de resurtido.
- **Cantidades autorizadas:** las cantidades autorizadas específicas establecidas para varios medicamentos se basan en recomendaciones aprobadas por la FDA de los EE. UU., pautas sobre los estándares de práctica médica científicos nacionales y generalmente aceptados (como los Centros para el Control 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 llame al Programa de Farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 711.

Aprobación previa

Como parte de nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM) (consulte la página 114), **usted debe asegurarse de que su médico obtenga aprobación previa para ciertos medicamentos con receta médica y suministros para utilizar su cobertura de medicamentos con receta médica.** Al otorgarle la aprobación previa, podemos limitar los beneficios a las cantidades recetadas según los estándares de práctica médica, dental o psiquiátrica generalmente aceptados en los Estados Unidos. Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia de pasos, que requiere que utilice 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, llame al programa de Farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 711. También puede obtener la lista y los formularios a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org. Lea la Sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.

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 su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo ante el Programa de Farmacias minoristas para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos con receta.

Nota: Es su responsabilidad saber la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa para su medicamento. Le recomendamos que trabajes con su 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 su 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 es miembro del Plan de Beneficios de Servicio y luego cambia al reemplazo de medicamento genérico correspondiente mientras aún es miembro del Plan.

- Si cambia de un medicamento genérico a otro, serás responsable de su 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, visite www.fepblue.org/en/benefit-plans/coverage/pharmacy/generic-incentive-program o llame al:

Programa de Farmacias minoristas: 800-624-5060, TTY: 711.

Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 711.

Programa de farmacias de medicamentos de especialidad: 888-346-3731, TTY: 711.

Opciones Estándar y Básica

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<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 Farmacias minoristas preferidas: Nota: Consulte la página 27 para obtener información sobre los medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: Nota: Consulte la página 27 para obtener información sobre los medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Debe obtener la aprobación previa antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte las páginas 27 y 115.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 122 a 124 para los beneficios de medicamentos con receta 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): 20 % de la cantidad autorizada por el Plan (sin deducible)</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>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, usted paga 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>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$75</p>
<p>Medicamentos antihipertensivos Farmacias minoristas preferidas: Nota: Consulte la página 27 para obtener información sobre los medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo: Nota: Consulte la página 27 para obtener información sobre los medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Debe obtener la aprobación previa antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte las páginas 27 y 115.</p> <p>Nota: Consulte las páginas 122 a 124 para los beneficios de medicamentos con receta 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, usted paga 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	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <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: Consulte las páginas 120 a 121 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 de la salud y son médicamente necesarios para prevenir el deterioro clínico en miembros con riesgo nutricional. (Consulte la cobertura a continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deben cumplir con la definición de alimento medicinal (consulte la definición en la página 166) - 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 - 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) - Alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas <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: Consulte la Sección 5(a), página 63, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas conforme al beneficio médico.</p>	<p>Consulte las páginas 116 y 118 a 124.</p>	<p>Consulte las páginas 116 y 118 a 124</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Insulina, tiras reactivas para diabéticos, lancetas y sistemas de administración de insulina sin tubo <p>Nota: Consulte la página 63 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 hemofilia 	<p>Consulte las páginas 116 y 118 a 124</p>	<p>Consulte las páginas 116 y 118 a 124</p>
<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 de venta libre (OTC) únicamente según lo descrito en la página 125.</p> <p>Nota: Es posible que seas elegible para recibir medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco sin ningún cargo. Consulte la página 125 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 126 a 127 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 su 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 detalles, consulte las páginas 123 y 124.</p>	<p>Consulte a continuación y las páginas 119 a 125</p>	<p>Consulte a continuación y las páginas 119 a 125</p>
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC), como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Píldoras anticonceptivas de emergencia Condomes Espermicidas Esponjas 	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <p>Nota: Ofrecemos beneficios completos para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos OTC cuando los anticonceptivos cumplen con los estándares de la FDA de los EE. UU. para productos OTC. Para recibir los beneficios, debe utilizar una farmacia minorista y presentar una receta por escrito de su médico al farmacéutico.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<p>Vacunas cuando son suministradas por una farmacia minorista preferida que participa en nuestra red de vacunas (consulte a continuación) y administradas según la ley estatal aplicable y los requisitos de certificación de farmacias. Consulte las páginas 48 y 50 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. Consulte a su farmacia o llame a nuestro Programa de farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 711 para saber qué vacunas puede proporcionar su farmacia.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: No paga 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: Usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p> <p>Nota: No paga 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, debe llamar al número de teléfono que figura a continuación y solicitar uno de los tipos de medidores elegibles. Los diferentes tipos de kits de medidor de glucosa disponibles a través del programa están sujetos a cambios.</p> <p>Para pedir su kit de medidor de glucosa gratuito, llame sin cargo al 855-582-2024, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este, o visita nuestro sitio web en www.fepblue.org. Recibirás su kit de medidor seleccionado dentro de 7 o 10 días una vez que realices el pedido.</p> <p>Nota: comuníquese con su médico para obtener una nueva receta para las tiras de pruebas y lancetas para utilizar con el nuevo medidor. Consulte la página 120 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>
<p>Metformina y metformina de liberación prolongada (excepto los medicamentos genéricos osmóticos y de liberación modificada)</p> <p>Farmacias minoristas preferidas:</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo:</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro de hasta 90 días</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro de hasta 90 días</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Otros medicamentos, tiras reactivas y suministros para la diabetes</p> <p>Farmacias minoristas preferidas:</p> <p>Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Consulte las páginas 123 a 124 para los beneficios de medicamentos con receta de los Niveles 2, 3, 4 y 5.</p> <p>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. Consulte las páginas 123 a 124 para obtener más información.</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros preferidos para la diabetes): 20 % de la cantidad autorizada por el Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (insulinas preferidas): copago de \$35 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$65 por un suministro de entre 31 y 90 días) (sin deducible)</p> <p>Farmacias minoristas no preferidas: usted paga todos los cargos</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$40 por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros preferidos para la diabetes): copago de \$35 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$65 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$30 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$60 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$50 por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p>
<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 personas capaces de cursar un embarazo • 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: usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</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 14 y están limitados a los límites recetados recomendados.</p> <p>Nota: Para recibir los beneficios, debe utilizar una farmacia minorista preferida y presentar una receta por escrito de su médico al farmacéutico.</p> <p>Nota: Tiene a su 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. Consulte las páginas 47 a 51 en la Sección 5(a) para obtener más información sobre otros servicios de atención preventiva cubiertos.</p> <p>Nota: Consulte la página 125 para conocer nuestra cobertura de los medicamentos para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>
<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: Su médico debe enviar un formulario de solicitud de cobertura completado a CVS Caremark antes de surtir su receta. Llame a CVS Caremark al 800-624-5060, TTY: 711, para solicitar este formulario. También puede 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: usted paga 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: usted paga todos los cargos</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga 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. Puede ver la lista de medicamentos cubiertos en nuestro sitio web www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060, TTY: 711, para obtener ayuda.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga 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: usted paga todos los cargos</p> <p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga 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 a la naloxona genérica en aerosol nasal o 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 haya comprado cantidades de estos medicamentos en el plazo de un año calendario que sean equivalentes a un suministro combinado de 90 días, todos los resurtidos de Nivel 1 de allí en adelante están sujetos al costo compartido correspondiente.</p>	<p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario.</p> <p>Nota: Cuando haya comprado cantidades de estos medicamentos en el plazo de un año calendario que sean equivalentes a un suministro combinado de 90 días, todos los resurtidos de Nivel 1 de allí en adelante están sujetos al costo compartido correspondiente.</p>
<p>Farmacias minoristas no preferidas</p>	<p>Usted paga todos los cargos</p>	<p>Usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Agentes para revertir los efectos de opioides (continuación)</i> 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 haya comprado cantidades de estos medicamentos en el plazo de un año calendario que sean equivalentes a un suministro combinado de 90 días, todos los resurtidos de Nivel 1 de allí en adelante están sujetos al costo compartido correspondiente.</p>	<p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario.</p> <p>Nota: Cuando haya comprado cantidades de estos medicamentos en el plazo de un año calendario que sean equivalentes a un suministro combinado de 90 días, todos los resurtidos de Nivel 1 de allí en adelante están sujetos al costo compartido correspondiente.</p>
<p>Aquí le mostramos cómo obtener sus medicamentos con receta médica y suministros:</p> <p>Farmacias minoristas preferidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • A de tener su tarjeta de identificación del Plan en el momento de la compra de su receta. • Dirígete a cualquier farmacia minorista preferida. • Visita el sitio web de su farmacia minorista para solicitar sus recetas en línea o mediante el servicio de pedidos por correo, si se encuentra disponible. • Para obtener una lista de las farmacias minoristas preferidas, llame al Programa de Farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 711, o visite nuestro sitio web www.fepblue.org. <p>Nota: Las farmacias minoristas que son preferidas para medicamentos con receta médica no son necesariamente preferidas para equipo médico duradero (DME) y suministros médicos. Para recibir beneficios preferidos para DME y suministros médicos cubiertos, debe usar un proveedor preferido de DME o suministros médicos. Consulte la Sección 5(a) para conocer los niveles de beneficios que se aplican a DME y suministros médicos.</p> <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. Consulte la página 124 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, consulte la página 123.</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: Usted paga 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: Puede ser elegible para recibir sus 4 primeras recetas surtidas de medicamentos genéricos (o resurtidos solicitados) sin ningún cargo cuando cambia de un determinado medicamento de marca al reemplazo de medicamento genérico correspondiente. Consulte la página 115 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 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 (medicamento genérico): copago de \$15 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$40 por un suministro de entre 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$60 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$180 por un suministro de entre 31 y 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): un 60 % de la cantidad autorizada por el Plan (mínimo de \$90) por cada compra de suministros de hasta 30 días (mínimo de \$250 por suministro de entre 31 y 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, usted paga lo siguiente:</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 \$50 por cada compra de suministros de hasta 30 días (copago de \$150 por un suministro de entre 31 y 90 días)</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Para obtener una lista de las farmacias de atención de largo plazo de la red preferida, llame al 800-624-5060, TTY: 711.</p> <p>Nota: Para los fines de la coordinación de beneficios, si necesita una declaración de los beneficios para farmacias minoristas preferidas para presentar reclamos en su otra cobertura cuando este Plan es el pagador primario, llame al Programa de farmacias minoristas al 800-624-5060, TTY: 711, o visite nuestro sitio web www.fepblue.org.</p> <p>Nota: Cancelaremos su 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>Consulte la página anterior</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</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>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>Nota: Si utiliza una farmacia minorista no preferida, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo ante el Programa de Farmacias minoristas para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos con receta.</p>	<p>Todos los cargos</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 su médico solicita medicamentos o suministros cubiertos para más de 21 días, hasta 90 días, puede utilizar este servicio para sus medicamentos con receta y resurtidos.</p> <p>Consulte 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: Consulte la página 27 para obtener información sobre los medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Debe obtener la aprobación previa antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte las páginas 27 y 115.</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: Consulte la página 124 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: Usted paga 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: Puede ser elegible para recibir sus 4 primeras recetas surtidas de medicamentos genéricos (o resurtidos solicitados) sin ningún cargo cuando cambia de un determinado medicamento de marca al reemplazo de medicamento genérico correspondiente. Consulte la página 115 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, usted paga 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 tiene acceso al programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo, puede solicitar la entrega a domicilio de medicamentos con receta médica que compras en farmacias minoristas preferidas que ofrecen opciones de pedidos en línea. Consulte la página 116 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	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <p>Nota: Cancelaremos su 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>Comuníquese con nosotros: si tiene preguntas sobre este programa o necesita ayuda con sus pedidos de medicamentos por correo, llame al 800-262-7890, TTY: 711.</p> <p>Nota: Si el costo de su receta es menor que su copago, solo paga el costo de su receta. El programa de medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo le cobrará el costo menor entre el costo del medicamento con receta y el copago cuando haga su pedido. Si ya ha enviado su copago, le acreditarán cualquier diferencia a su cuenta.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<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, llame al número de teléfono que figura a continuación o visita nuestro sitio web, www.fepblue.org. (Consulte la página 171 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 con usted para coordinar el tiempo de entrega y lugar más conveniente para usted, y le preguntará sobre cualquier efecto secundario que pueda estar experimentando. Consulte la página 147 para obtener más detalles del 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>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>Comuníquese con nosotros: si tiene preguntas sobre este programa o necesita ayuda con los pedidos de medicamentos de especialidad, llame al 888-346-3731 (TTY: 711).</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, usted paga 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	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco</p> <p>Si es miembro cubierto, puede 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. Estos beneficios solo se encuentran disponibles cuando utiliza una farmacia minorista preferida. Para calificar, crea un Plan para dejar de fumar con nuestro asesor de salud en línea. Para obtener más información, consulte la página 133.</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>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 tabletas - Comprimidos de vareniclina de 0.05 mg - Comprimidos de vareniclina de 1 mg - Paquete inicial de vareniclina • Medicamentos de marca disponibles por receta: <ul style="list-style-type: none"> - Nicotrol, inhalador con cartuchos - Nicotrol NS, aerosol 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), debe 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: Consulte la página 66 para conocer nuestra cobertura para el tratamiento, el asesoramiento y las clases para dejar de fumar.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <p><i>Sin cobertura:</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>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 (consulte las páginas 63 y 118)</i> • <i>Medicamentos y suplementos alimenticios administrados oralmente que no requieren receta según la ley federal, incluso si los receta su médico o si se exige una receta en virtud de la ley estatal</i> <p><i>Nota: Consulte la página 120 para conocer nuestra cobertura de medicamentos recomendados según la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, y la página 125 para conocer los medicamentos para dejar de fumar y consumir 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: Consulte la Sección 5(a), página 63, para conocer nuestra cobertura de alimentos medicinales cuando son administrados por catéter o sonda nasogástrica.</i></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: Consulte la Sección 5(a), página 63, 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 63 y 117</i> 	<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	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)</p> <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 118</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 118</i> • <i>Medicamentos utilizados para interrumpir el embarazo</i> • <i>Medicamentos sublinguales de desensibilización de la alergia, excepto como se describe en la página 56</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Medicamentos obtenidos de otras fuentes</p> <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: Se requiere aprobación previa para ciertos medicamentos de alto costo obtenidos fuera de uno de nuestros programas de farmacia. Comuníquese con el número de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visítenos en www.fepblue.org/highcostdrugs para obtener una lista de estos medicamentos. Consulte la página 25 para obtener más información sobre la aprobación previa.</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. Consulte la página 140 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., debe presentar los reclamos en un formulario de reclamo por servicios en el extranjero. Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre cómo presentar reclamos por servicios en el extranjero.</p>	<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: usted paga todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: usted paga todos los cargos</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Medicamentos obtenidos de otras fuentes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte 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). • Consulte la página 122 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>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>
<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: usted paga todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: usted paga todos los cargos</p> <p>Centros de salud miembros/no miembros: usted paga todos los cargos</p>

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

Sección 5(g). Beneficios dentales

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Si está inscrito en un Plan Dental del Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (Federal Employees Dental/Vision Insurance Program, FEDVIP), su Plan de FEHB será el pagador primario para cualquier servicio cubierto y su Plan de FEDVIP será el pagador secundario de su Plan de FEHB. Consulte la Sección 9, *Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura*, para obtener información adicional.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- 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). Consulte 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.**
 - **Debe 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	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Beneficio para lesiones producidas en un accidente</p> <p>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 su(s) proveedor(es) y un plan de tratamiento para su atención dental. Es posible que solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que su tratamiento avance.</p> <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 de la salud inmediata. Las lesiones sufridas en los dientes mientras comes no se consideran lesiones producidas en un accidente.</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: 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>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 de lesiones dentales accidentales en casos de emergencias médicas cuando es proporcionada por proveedores preferidos o no preferidos. Consulte la Sección 5(d) para conocer los criterios que utilizamos para decidir si se requiere atención de emergencia. Eres responsable de pagar el costo compartido correspondiente que se muestra más arriba. Si usas un proveedor no preferido, también puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra cantidad autorizada y el monto facturado.</p> <p>Nota: Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para beneficios.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción Básica
Beneficio para lesiones producidas en un accidente (continuación)		
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.	Consulte la página anterior	Consulte la página anterior

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 132.

Nota: Consulte la Sección 5(b) para conocer nuestros beneficios para cirugía bucal y maxilofacial, 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 sus reclamos de servicios dentales por usted. En la Opción Estándar, usted es 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 su área, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También puede 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 maxilofacial). Llámenos al número de servicio al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para verificar que su proveedor es Preferido para el tipo de atención (p. ej., atención dental de rutina o cirugía bucal) que tiene 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 utiliza dentistas no preferidos, paga todos los cargos que excedan las cantidades que figuran en nuestra lista de cargos. Con dentistas preferidos, usted paga la diferencia entre la cantidad de la lista de cargos y el MAC (consulte la página 130).

Beneficios dentales de la Opción Estándar	Opción Estándar únicamente			
	Servicio cubierto	Pagamos hasta los 13 años	Pagamos desde los 13 años y más	Usted paga
Exámenes bucales clínicos				Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda. Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, usted paga la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).
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				Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda. Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, usted paga la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).
Serie completa intrabucal	\$36	\$22		
Tratamiento paliativo				Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda. Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, usted paga la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).
Tratamiento paliativo para el dolor dental (procedimiento menor)	\$24	\$15		
Restauración protectora	\$24	\$15		
Servicios preventivos				Todos los cargos que excedan las cantidades que figuran a la izquierda. Nota: Para los servicios prestados por dentistas y cirujanos bucales que figuran en nuestra red dental preferida, usted paga la diferencia entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).
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>Sin cobertura: 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. Usted paga un copago de \$30 por cada evaluación y nosotros pagamos cualquier saldo hasta el máximo cargo permitido (MAC; consulte la página 130). Esta es una lista completa de los servicios dentales cubiertos a través de este beneficio para la Opción Básica. **Debe** utilizar un dentista preferido para recibir beneficios. Para obtener una lista de dentistas preferidos, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

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

Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales

Característica especial	Descripción
Herramientas de salud	<p>Conéctate con su salud y recibe las respuestas que necesita cuando las necesita utilizando las Herramientas de salud las 24 horas del día, los 365 días del año. Ingrese en www.fepblue.org o llame al número gratuito 888-258-3432 para comprobar estos valiosos servicios fáciles de usar:</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. Tenga en cuenta que los beneficios por cualquier servicio de atención de la salud que pueda solicitar luego de utilizar las Herramientas de salud están sujetos a los términos de su cobertura en virtud de este Plan. • Registro de salud personal: acceda a su registro seguro de salud personal en línea para obtener información relacionada con los medicamentos que utiliza, los resultados de exámenes recientes y las citas médicas. Actualiza, almacena y realiza un seguimiento de la información relacionada con su 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 sus gastos de atención de la salud. Consulte a continuación y la página 135 para obtener más información. • Asesor de salud en línea (OHC): controle su salud de manera proactiva al establecer y administrar objetivos de salud, elabore un plan de atención, lleve un registro de su evolución y realice 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 quiere dejar de fumar, puede 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. Consulte la página 125 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.
Servicios para personas sordas y con problemas de audición	<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>
Acceso a la web para personas con problemas de la vista	<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>
Beneficio para viajes/servicios en el extranjero	<p>Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre los beneficios y los reclamos para la atención que recibe fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.</p>
Healthy Families	<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, ingrese 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 le enviarán tiras reactivas y lancetas sin límite directamente a su hogar. La repetición automática de pedidos se basa en su 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 su 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, visite 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 su BHA, puede seleccionar objetivos personalizados, recibir asesoramiento de apoyo y llevar fácilmente un registro de su progreso a través de nuestro asesor de salud en línea.</p> <p>Cuando completas su BHA, tiene 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. Conserve su tarjeta para usarla en el futuro, incluso si utiliza todo el dinero de su cuenta de salud, ya que podría 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 deja el Plan de Beneficios de Servicio, perderá el dinero restante en su cuenta.</p> <p>Además de la cuenta de salud de \$50, tiene derecho a recibir un máximo de \$120 en crédito adicional a su cuenta de salud por completar hasta tres objetivos personalizados. Después de completar la BHA, puede acceder al Entrenador de Salud en línea para establecer metas personalizadas, diseñadas para mejorar su 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 su 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, puede recibir hasta un total de \$170 en dólares de la cuenta de salud. Debe completar la BHA y sus 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 reciba los incentivos, debe completar todas las actividades elegibles antes del 31 de diciembre de 2023. 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 reciba sus resultados individuales y comiences a trabajar para lograr sus objetivos. También puede solicitar una BHA impresa si llama 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 puede 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"> - Su resultado de HbA1c es inferior al 8 por ciento. - Si su HbA1c es mayor o igual al 8 por ciento, recibirá el incentivo si proporcionamos beneficios para tres visitas de orientación nutricional realizadas durante el año calendario. Nota: Consulte las páginas 48 y 51 para obtener información sobre asesoramiento nutricional. <p>Se puede encontrar información sobre cómo presentar sus resultados de análisis de laboratorio de HbA1c en nuestro sitio web, http://www.fepblue.org/diabetes. Consulte la página 119 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 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) gratis 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 le inscribirá en el programa automáticamente y se le informará sobre su 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 le 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, recibirá una carta que le notificará sobre su elegibilidad para el BPM gratuito. Eres elegible para recibir un BPM gratuito cada dos años calendario. Debe seguir las instrucciones en la carta, lo que incluye llevar la carta a su proveedor de atención de la salud. Su proveedor es responsable de documentar su lectura de presión arterial más reciente y de identificar el tamaño de BPM adecuado para usted.</p> <p>Debe recibir el BPM a través de este programa. Los beneficios no están disponibles para el BPM para los miembros que no cumplan con los criterios o para aquellos que obtengan un BPM fuera de este programa. Para obtener más información, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Consulte la página 116 para obtener información sobre los medicamentos antihipertensivos genéricos preferidos.</p>

<p>Programa de incentivos para la atención durante el 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, debe estar embarazada. Hay información disponible sobre el programa en nuestro sitio web, www.fepblue.org.</p> <p>Para calificar para el incentivo de \$75, debe cumplir con los criterios anteriores para la Caja de atención del embarazo y enviarnos una copia de la historia clínica de su proveedor de atención de la salud que confirma que ha tenido una visita de atención prenatal durante el primer trimestre de su embarazo.</p> <p>La información que debe incluirse sobre la presentación de su 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, visite www.fepblue.org/mra o llame al 888-706-2583.</p>
<p>MyBlue® Customer eService</p>	<p>Visite MyBlue Customer eService en www.fepblue.org/myblue o use la aplicación móvil fepblue para controlar el estado de sus reclamos, cambiar su 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 sus beneficios. Las características adicionales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EOB en línea: puede ver, descargar e imprimir sus formularios de la explicación de beneficios (EOB). Simplemente ingrese en MyBlue Customer eService a través de www.fepblue.org/myblue y haga clic en “View My Claims” (Ver mis reclamos); desde allí puede buscar reclamos y seleccionar el enlace “EOB” junto a cada reclamo para acceder a su Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB). También puede acceder a las EOB a través de la aplicación móvil fepblue. Simplemente haga 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 sus EOB a través de www.fepblue.org/myblue. Puede optar por recibir por correo o no las EOB impresas si sigue las instrucciones en pantalla. • Mensajes personalizados: nuestras EOB proporcionan una gran variedad de mensajes solo para usted y su familia, desde oportunidades de atención preventiva hasta mejoras en nuestros servicios en línea. • Panel financiero: 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 puede consultar su 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>Visite www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) y otras listas nacionales de proveedores preferidos.</p>
<p>Programas de Administración de la Atención Médica</p>	<p>Si tiene una enfermedad poco común o crónica, o necesidades de atención de la salud complejas, el Plan de Beneficios de Servicio ofrece a los miembros dos tipos de programas de administración de la atención de la salud 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 de la salud complejas agudas o crónicas los servicios y la asistencia de un profesional de atención de la salud con licencia con una certificación de administración de casos reconocida a nivel nacional. Los administradores de casos pueden ser una enfermera titulada, un trabajador social con licencia u otros profesionales de atención de la salud con licencia cuya práctica esté dentro del ámbito de su licencia, quienes pueden trabajar con usted y sus proveedores para evaluar sus necesidades de atención de la salud, coordinar la atención necesaria y los recursos disponibles, evaluar los resultados de su atención, y apoyar y supervisar el progreso del plan de tratamiento y las necesidades de atención de la salud del miembro. Algunos miembros pueden recibir orientación y apoyo clínico para una necesidad de atención de la salud 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 su consentimiento. Los miembros en la administración de casos deben dar su consentimiento verbal antes de inscribirse en esta y un consentimiento escrito para la administración de casos. <p>Nota: Los beneficios de atención brindada por centros de tratamiento residencial y de atención para pacientes hospitalizados brindada en centros de enfermería especializada para miembros inscritos en la Opción Estándar que no tienen la Parte A de Medicare deben dar su consentimiento escrito y participar en la administración de casos antes de la admisión; consulte las páginas 93 a-94, 107 y 139 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 le han diagnosticado alguna de estas afecciones, podemos enviarte información sobre los programas disponibles en su área. <p>Si tiene alguna pregunta con respecto a estos programas, incluso si es elegible para la inscripción y para recibir ayuda con este proceso, comuníquese con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 de la salud 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 de la salud) y los proveedores deben cooperar durante el proceso. La inscripción en el Programa de Administración de Casos es obligatoria para ser elegible. Antes de la fecha de inicio del plan de tratamiento alternativo, los miembros que son elegibles para recibir servicios a través de la opción de beneficios flexibles deben firmar y entregar un consentimiento por escrito para la administración de casos y el plan alternativo. Si usted y su proveedor están de acuerdo con el plan, los beneficios alternativos comenzarán inmediatamente y se le solicitará firmar un acuerdo de beneficios alternativos que incluya las condiciones que se enumeran a continuación, además de cualquier otra condición especificada en el acuerdo. Debemos recibir el consentimiento para la administración de casos y el acuerdo de beneficios alternativos firmado por el miembro/apoderado de atención de la salud antes de que reciba 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. Debe colaborar con el proceso de revisión y participar en este. Sus proveedores deben presentar la información necesaria para nuestras revisiones. Usted o su apoderado de atención de la salud deben participar en conferencias de atención y capacitación para cuidadores según lo requerido

	<p>por sus 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 su parte, su proveedor o cualquier persona involucrada en su atención, o que no cumple con los términos del acuerdo. • Al aprobar beneficios alternativos, no garantizamos que se extenderán más allá del período limitado o del propósito del acuerdo de beneficios alternativos ni que serán aprobados en el futuro. • La decisión de ofrecer beneficios alternativos depende exclusivamente de nosotros y, a menos que se especifique lo contrario en el acuerdo de beneficios alternativos, a nuestro exclusivo criterio, podemos retirar esos beneficios en cualquier momento y reanudar los beneficios normales del 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, le 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. Usted o su proveedor pueden solicitar una extensión del período aprobado inicialmente para los beneficios alternativos, no más de cinco días hábiles antes del final del acuerdo de beneficios alternativos. Revisaremos la solicitud, incluidos los servicios propuestos como alternativa y el costo de dichos servicios; sin embargo, los beneficios establecidos en este folleto se aplicarán si no aprobamos su solicitud.</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 ha recibido, puede cuestionar nuestro rechazo de beneficios normales del contrato según el proceso para desacuerdos sobre reclamos de la OPM (consulte la Sección 8).</p>
<p>Servicios de telesalud</p>	<p>Viste www.fepblue.org/telehealth o llame al número gratis 855-636-1579, TTY: 711, 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 (consulte la página 166 para ver la definición), atención de dermatología, asesoramiento para trastornos de salud conductual y por consumo de sustancias, y asesoramiento 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 consultas médicas. 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 viaja o vive fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., tiene derecho a recibir los beneficios descritos en este folleto. A menos que se indique lo contrario en esta sección, se aplican las mismas definiciones, limitaciones y exclusiones. Los costos asociados con la repatriación desde una ubicación internacional de regreso a los Estados Unidos no están cubiertos. Consulte la definición de repatriación en la Sección 10. Consulte a continuación y las páginas 140 y 141 para ver la información sobre reclamos que necesitamos para procesar los reclamos por servicios en el extranjero. Podemos solicitarle que nos proporcione los registros médicos completos de su proveedor para respaldar su reclamo. Si va a recibir los servicios de atención de la salud 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, su reclamo debe incluir la documentación de una exención del gobierno en virtud de la OFAC que autorice la atención de la salud en ese país.

Tenga en cuenta que los requisitos para obtener la precertificación para la atención de pacientes hospitalizados y la aprobación previa para los servicios mencionados en la Sección 3 no se aplican cuando recibe atención en el extranjero, a excepción de las admisiones para cirugía de reasignación de género (consulte las páginas 25 y 71 a 72 para obtener mayor 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 emergencias para miembros en el extranjero (consulte la página 99 para más información). Las protecciones ofrecidas en virtud de la NSA (consulte la página 36) 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 sus reclamos por atención en centros de salud como paciente hospitalizado, sin el pago por adelantado de los servicios cubiertos que reciba. También tenemos una red de proveedores profesionales que han aceptado una cantidad negociada como pago total por sus servicios. El Centro de Asistencia en el Extranjero puede ayudarle a localizar un hospital o un médico de nuestra red cerca de donde se hospede. También puede ver una lista de los proveedores de nuestra red en nuestro sitio web, www.fepblue.org. Tendrá que presentarnos un reclamo para solicitar el reembolso por los servicios profesionales, a menos que usted o su proveedor se comuniquen con el Centro de Asistencia en el Extranjero por adelantado para acordar la facturación y el pago directos al proveedor. Si se encuentra en el extranjero y necesita ayuda para localizar proveedores (dentro o fuera de nuestra red), comuníquese con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI) 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 su afección, con servicios de traducción y conversión de facturas médicas extranjeras a la moneda de los Estados Unidos. Puede comunicarse con uno de sus operadores multilingües durante las 24 horas, los 365 días del año.

Beneficios de hospitales y proveedores profesionales

Para la **atención profesional** que recibe en el extranjero, proporcionamos beneficios de acuerdo con los niveles de beneficios preferidos utilizando nuestra Lista de cargos por servicios en el extranjero 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 recibe 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, debe 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, es responsable solo del coseguro o copago correspondiente. También debe pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos.

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

Para la **atención dental** que reciba en el extranjero, proporcionamos los beneficios descritos en la Sección 5(g). **En la Opción Estándar**, usted paga 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**, usted paga 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 recibe en el extranjero, brindamos beneficios por servicios de transporte hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección cuando los servicios de transporte sean médicamente necesarios. Brindamos los beneficios como se describe en la Sección 5(c) y la Sección 5(d). No hay beneficios disponibles para los costos asociados con el transporte, que no sea al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección. **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. Consulte la página 127 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 reciba fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. **Es posible que deba pagar los servicios al momento de recibirlos y luego presentarnos un reclamo para recibir el reembolso.** Proporcionaremos servicios de traducción y conversión de moneda para sus reclamos por servicios en el extranjero.

Presentación de reclamos por servicios en el extranjero

Para presentar un reclamo para los servicios de hospitales y proveedores profesionales cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., 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 desea recibir el pago en dólares estadounidenses o en la moneda que figura en las facturas detalladas, y si desea recibir el pago por cheque o transferencia bancaria. Utiliza la siguiente información para enviar su 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: ingrese en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya es 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 es un usuario registrado, ingrese en MyBlue, haga clic en “Sign Up” (Registrarse) e inscríbete para utilizar el proceso de solicitud en línea.

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

Presentación de un reclamo por beneficios de farmacia

Los medicamentos comprados en el extranjero deben ser equivalentes a los medicamentos que requieren una receta según la legislación federal de los Estados Unidos. Para presentar un reclamo por medicamentos y suministros cubiertos que 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 su reclamo por correo, fax o 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. Marque primero el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde envía el reclamo por fax.
3. Internet: ingrese en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya es un usuario registrado en el portal de MyBlue, 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 es un usuario registrado, ingrese en MyBlue, haga clic en “Sign Up” (Registrarse) e inscríbete para utilizar el proceso de solicitud en línea.

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

Mientras se encuentre en el extranjero, puede pedir sus 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 cumpla con las siguientes condiciones:

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

Consulte la Sección 5(f) para obtener más información sobre las farmacias minoristas preferidas con opciones de pedido en línea, 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 uno de esos países, puede seguir obteniendo sus medicamentos con receta médica en una farmacia local en el extranjero y presentarnos un reclamo para obtener el reembolso si la envía por fax al 001-480-614-7674 o la completa a través de nuestro sitio web 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 puede presentar una queja ante FEHB por estos beneficios. Los cargos pagados por estos servicios no se cuentan como parte de sus deducibles ni desembolsos directos máximos de protección contra gastos catastróficos para el programa de FEHB. Además, estos servicios no son elegibles para los beneficios en virtud del Programa de FEHB. Le solicitamos que no 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, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su 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 lo ayudarán en sus 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 necesita completar papeleo. Solo tiene que visitar www.fepblue.org/blue365. Seleccione "Get Started" (Comenzar) y luego ingrese en MyBlue con su nombre de usuario y contraseña para obtener más información sobre los diferentes 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 sus objetivos de salud y acondicionamiento físico, según su presupuesto y a su conveniencia. Fitness Your Way ofrece acceso a más de 10,000 gimnasios diferentes con una tarifa mensual con descuento. Tendrá acceso a asistencia de bienestar, artículos de salud y asesoramiento de salud en línea, así como seguimiento del ejercicio y objetivos de nutrición, establecimiento de conexiones sociales, recompensas y el Desafío diario, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Para obtener más información o inscribirse, ingrese en www.fepblue.org/healthclub o llame al servicio 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. Le permite comprar ciertos medicamentos con receta médica a precios de descuento que no están cubiertos por el beneficio normal de medicamentos con receta médica. Los descuentos varían según el medicamento, pero son de un promedio del 24 % aproximadamente. El programa le permite obtener descuentos en varios medicamentos relacionados con la atención dental, la pérdida de peso, la eliminación del vello y el crecimiento del pelo, y otros problemas de salud diversos. Consulte www.fepblue.org/ddp para obtener una lista completa de medicamentos con descuento, incluidos aquellos que pueden añadirse a la lista a medida que sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Para usar el programa, simplemente presenta una receta válida y su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio en una farmacia minorista preferida. El farmacéutico le pedirá que pague el total de la tarifa negociada con descuento. Para obtener más información, visite www.fepblue.org/ddp o llame al 800-624-5060.

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

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

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

No cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suministros que reciba mientras no esté inscrito en este Plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Servicios, medicamentos o suministros que no son requeridos según los estándares aceptados de la práctica médica, dental o psiquiátrica en los Estados Unidos.
- Los servicios, medicamentos o suministros facturados por centros de salud Preferidos y Miembros para la atención de pacientes hospitalizados relacionados con errores médicos específicos y afecciones adquiridas en el hospital, más conocidos como Casos inadmisibles (consulte la sección definición en la página 166).
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos o dispositivos experimentales o de investigación (consulte la Sección 5(b) en relación con los trasplantes).
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término, o cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con la disfunción sexual o la insuficiencia sexual (excepto en el caso de implante quirúrgico de una prótesis peneana para tratar un problema de disfunción eréctil y cirugías de reasignación de género específicamente mencionadas como cubiertas).
- Gastos de desplazamiento excepto según se suministren específicamente para trasplantes cubiertos realizados en un Blue Distinction Center for Transplant (consulte la página 81).
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba de un proveedor o centro de salud excluido o suspendido del Programa de FEHB.
- Servicios de salud, medicamentos o suministros que reciba en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de Estados Unidos, de un proveedor o centro de salud sin licencia apropiada para prestar atención en ese país.
- Servicios o suministros por los que no se cobraría si la persona cubierta no tuviera cobertura de seguro de salud.
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba sin cargo mientras esté en servicio militar activo.
- Los cargos que no constituyen una obligación legal de pagar para el miembro o el Plan, como los cargos excedentes por un titular de beneficios de 65 años o más que no está cubierto por las Partes A o B de Medicare (consulte la página 160), 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, consulte la página 161), o los impuestos estatales sobre las primas, independientemente de cómo se apliquen.
- Medicamentos con receta, servicios o suministros pedidos o proporcionados por usted o sus familiares inmediatos o miembros del hogar, como cónyuges, padres, hijos, hermanos, ya sean familiares consanguíneos, políticos o por adopción.
- Servicios o suministros proporcionados o facturados por un centro de salud no cubierto, excepto que los medicamentos con receta médica que sean médicamente necesarios, el oxígeno y la terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional que sean proporcionados por un terapeuta profesional calificado de manera ambulatoria estén cubiertos en virtud de los límites del Plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba de proveedores no cubiertos.
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba con fines estéticos.
- Servicios, medicamentos o suministros para el tratamiento de la obesidad, la disminución de peso o el control dietario, excepto 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 70.
- Servicios que reciba de un proveedor que estén fuera del alcance de la licencia o la certificación del proveedor.

- Procedimientos dentales o de cirugía bucal, o los medicamentos relacionados con la ortodoncia, los dientes, los implantes dentales, el tratamiento de la enfermedad periodontal o la preparación de la boca para probar o utilizar las dentaduras postizas de manera continua, excepto según lo descrito específicamente en la Sección 5(g), *Beneficios dentales*, y en la Sección 5(b) en *Cirugía bucal y maxilofacial*.
- 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 (consulte la sección *Definiciones*).
- Artículos para la comodidad personal, como servicios de belleza y barbería, radio, televisión o teléfono.
- Muebles (excepto el equipo médico duradero [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 47 a 51 y 91; y ciertos servicios de rutina asociados con ensayos clínicos cubiertos (consulte la página 155).
- 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.
- Los servicios de medicina alternativa incluyen, entre otros, medicina botánica, aromaterapia, suplementos nutricionales y a base de hierbas (consulte la página 126), técnicas de meditación, técnicas de relajación, terapias de movimiento y terapias de energías.
- 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 (consulte la página 96)
- Cargos por servicios de membresía o asistencia cobrados por un proveedor de atención de la salud.
- Cargos asociados con copias, envío por correo electrónico o por correo postal de registros, excepto según se describa específicamente en la Sección 8.
- Servicios que no se incluyen específicamente como cubiertos.
- 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).

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

Cómo reclamar los beneficios Para obtener formularios de reclamos o asesoramiento sobre cómo presentar reclamos, o para recibir respuesta a sus preguntas sobre nuestros beneficios, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio o visite nuestro sitio www.fepblue.org.

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

Cuando deba presentar un reclamo, por ejemplo, cuando otro Plan de salud grupal es el pagador primario, present el reclamo en el formulario CMS-1500 o en un formulario de reclamo que incluya la información que se indica a continuación. Utilice un formulario de reclamo separado para cada miembro de su familia. Para estadías en el hospital prolongadas o continuas, o para otro tipo de atención de largo plazo, debe presentar sus reclamos por lo menos cada 30 días. Las facturas y 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 usted mismo prepara no se consideran sustitutos aceptables de las facturas detalladas.

Además:

- Si otro plan de salud es su pagador primario, debe enviar una copia del formulario de explicación de beneficios (EOB) de su pagador primario (como el Resumen de información de Medicare [Medicare Summary Notice, MSN]) junto con su reclamo.
- Las facturas por servicios de atención de enfermería domiciliaria deben indicar que el enfermero es un enfermero registrado o un auxiliar de enfermería con licencia.
- Si su reclamo es por el alquiler o la compra de DME, equipo médico duradero, atención de enfermería domiciliaria o terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia de rehabilitación cognitiva, debe proporcionar una declaración escrita del proveedor que especifique la necesidad médica del servicio o suministro y la cantidad de tiempo por la que se requiere el servicio.
- Los reclamos por atención dental para tratar lesiones producidas en un accidente en dientes naturales sanos deben incluir documentación de la condición de sus dientes antes de la lesión producida en el accidente, documentación de la lesión de su proveedor y un plan de tratamiento para su atención dental. Es posible que solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que su tratamiento avance.
- Los reclamos por 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 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. (Consulte las páginas 146 a 147 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).

Procedimientos de reclamo posterior al servicio

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

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

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

Reclamos para medicamentos con receta médica

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

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

- No tiene una tarjeta de identificación válida del Plan de Beneficios de Servicio.
- No utiliza su tarjeta de identificación válida del Plan de Beneficios de Servicio en el momento de la compra.
- No obtuvo aprobación previa si era necesario (consulte la página 27).

Los párrafos siguientes incluyen las instrucciones para presentar reclamos.

Farmacias minoristas no preferidas

Opción Estándar: debe presentar un reclamo por escrito para los medicamentos o suministros cubiertos que compras en farmacias minoristas no preferidas. Comuníquese con su Plan Local o llame 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 711. Siga las instrucciones del formulario de reclamo de medicamentos con receta médica y envíe 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: le 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, haga lo siguiente:

1. Completa el formulario inicial del servicio de envío por correo.
2. Adjunta su receta y copago.
3. Envía su 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, su médico puede llamar para solicitar su receta inicial al 800-262-7890, TTY: 711. Usted es responsable del copago. También es responsable de los copagos para resurtidos solicitados por su médico.

Luego, para solicitar resurtidos, llame al mismo número o ingrese en nuestro sitio web www.fepblue.org y cargue su copago a su tarjeta de crédito o solicite que se 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. Consulte la página 124 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 le receta un medicamento de especialidad que figura en la Lista de medicamentos de especialidad del Plan de Beneficios de Servicio, su médico puede pedir la receta inicial si llame a nuestro programa de Farmacias de medicamentos de especialidad al 888-346-3731, TTY: 711; o bien puede enviar su 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 con usted para coordinar la hora y el lugar de la entrega que sean más convenientes para usted. Para pedir resurtidos, llame al mismo número de teléfono para coordinar la entrega. Puede cargar el copago a su tarjeta de crédito o que lo facturen más adelante.

Nota: Para obtener las listas más actualizadas de medicamentos de especialidad cubiertos, llame al programa de Farmacias de medicamentos de especialidad al 888-346-3731 TTY: 711, o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org.

Registros

Archiva por separado los gastos médicos de cada miembro cubierto de su 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 su reclamo. No proporcionaremos duplicados ni resúmenes de fin de año.

Plazo para presentar su reclamo reclamación

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

Nota: 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	Consulte la información sobre cómo presentar reclamos en las páginas 140 a 141 de este folleto.
Cuando necesitemos más información	Responda sin demora cuando le pidamos información adicional. Podremos postergar el procesamiento o rechazar los beneficios de su reclamo si no responde. Nuestro plazo para responder a sus reclamos se detiene mientras aguardamos toda la información adicional necesaria para procesar su reclamo.
Representante autorizado	Puede nombrar a un representante autorizado para que actúe en su nombre en la presentación de un reclamo o la apelación de decisiones de reclamos ante nosotros. Para reclamos de atención de urgencia, se permitirá que un profesional de atención de la salud que conozca su afección médica actúe como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. A los efectos de esta sección, también nos referiremos a su representante autorizado cuando nos refiramos a usted.
Requisitos de aviso	<p>La Secretaría de Salud y Servicios Humanos ha identificado condados donde, al menos un 10 % de la población habla solo determinados idiomas diferentes del inglés. Los idiomas diferentes del inglés que cumplen con este requisito en determinados condados son el español, el chino, el navajo y el tagalo. Si vive en uno de estos condados, ofreceremos asistencia lingüística en el idioma diferente del inglés correspondiente. Puede solicitar una copia de su declaración de la explicación de beneficios (EOB), correspondencia relacionada, servicios de lenguaje oral (como ayuda telefónica al cliente) y ayuda para completar los reclamos y las apelaciones (incluidas las revisiones externas) en el idioma diferente del inglés correspondiente. Las versiones en inglés de sus EOB y la correspondencia relacionada incluirán información en el idioma diferente del inglés correspondiente sobre cómo acceder a los servicios lingüísticos en ese idioma.</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 de la salud 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

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

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

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

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

Cuando nuestra decisión inicial se base (total o parcialmente) en un criterio médico (es decir, la necesidad médica, experimental/de investigación), consultaremos a un profesional de atención de la salud 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.

- 1** Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debe hacer lo siguiente:
- Escribanos en el término de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión.
 - Envíenos su solicitud a la dirección que figura en su formulario de explicación de beneficios (EOB) para el Plan Local que procesó el reclamo (o, en el caso de beneficios para medicamentos con receta médica, nuestro programa de Farmacias minoristas, programa de Medicamentos con receta médica del Servicio de envío por correo o programa de Farmacias de medicamentos de especialidad).
 - Incluya una declaración de por qué considera que nuestra decisión inicial fue equivocada, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto.
 - Adjunte copias de los documentos que apoyan su reclamo, como cartas de médicos, informes quirúrgicos, facturas, registros médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB).

Le proporcionaremos, sin cargo y de manera oportuna, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por nosotros o en nuestra dirección en relación con su reclamo y cualquier criterio nuevo para nuestra decisión sobre el reclamo. Le proporcionaremos esta información con la anticipación suficiente a la fecha en la que debemos brindarle nuestra decisión de la reconsideración para concederte la oportunidad razonable de respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no le brindamos evidencia o criterios nuevos con el tiempo suficiente para que puedas responder de forma oportuna, no invalidará nuestra decisión en la reconsideración. Puede responder a esa evidencia o criterios nuevos en la etapa de revisión de la OPM descrita en el Paso 3.

- 2** En el caso de un reclamo posterior al servicio, tenemos 30 días a partir de la fecha en que recibimos su pedido para lo siguiente:
- pagar el reclamo;
 - escribirle y reafirmar nuestra negativa; o
 - solicitarles más información a usted o a su proveedor.

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

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

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

Debe escribir a la OPM en los siguientes plazos:

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

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 su reclamo, como cartas de médicos, informes quirúrgicos, facturas, registros médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB)
- Copias de todas las cartas que nos enviaste sobre el reclamo

- Copias de todas las cartas que le enviamos sobre el reclamo
- El número de teléfono al que podemos llamarte durante el día y la mejor hora para llamarte
- Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico Ten en cuenta que, si proporciona su dirección de correo electrónico, puede recibir la decisión de la OPM más rápido.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando tiene otra cobertura de salud

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

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

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

Para obtener más información sobre las normas de la NAIC respecto de la coordinación de beneficios, visite 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 el plan primario procese el beneficio, nosotros 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 (consulte la página 161). Por lo tanto, es posible que los pagos combinados de ambos planes no lleguen a cubrir la cantidad total facturada por su proveedor.

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

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

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

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

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

- **TRICARE y CHAMPVA**

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

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

- **Compensación del trabajador**

Todas las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo deben informarse lo antes posible a su supervisor. Lesión también hace referencia a cualquier enfermedad o afección causada o agravada por el empleo, así como daños a aparatos ortopédicos, extremidades artificiales y otros dispositivos protésicos. Si usted es un empleado federal o postal, pídale a su supervisor que autorice el tratamiento médico mediante el uso del formulario CA-16 antes de que usted obtenga el tratamiento. Si su tratamiento médico es aceptado por la Oficina de Compensación de los Trabajadores (Office of Workers' Compensation, OWCP) del Departamento de Trabajo, el proveedor será compensado por OWCP. Si se determina que su tratamiento no está relacionado con el trabajo, procesaremos su beneficio de acuerdo con los términos de este plan, incluido el uso de proveedores dentro de la red. Entregue el formulario CA-16 y el formulario OWCP-1500/HCF-A-1500 a su proveedor, o envíeselo lo antes posible después del tratamiento, para evitar complicaciones sobre si su tratamiento está cubierto por este plan o por OWCP.

No cubrimos los servicios que tienen las siguientes características:

- Usted (o un miembro cubierto de la familia) necesita como consecuencia de una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo que la Oficina de Programas de Compensación del Trabajador (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 usted presentó de acuerdo con las disposiciones de la OWCP o leyes similares.

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

- **Medicaid**

Cuando tiene este Plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Cobertura de FEHB suspendida para inscribirse en Medicaid o un programa similar de asistencia médica patrocinado por el estado: si es titular de beneficios o excónyuge, puede suspender su cobertura de FEHB para inscribirse en uno de estos programas del estado, lo que elimina su prima de FEHB. Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en el Programa de FEHB, comuníquese con su oficina de jubilación. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de FEHB, por lo general, 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 su atención

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

Cuando otras personas son responsables de las lesiones

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

- Todo el dinero que usted o sus representantes reciban como resarcimiento (sea a través de demandas, conciliaciones, reclamos de seguro o programas de beneficios, o por otros medios), sin importar cómo se describan o designen, se deberá utilizar para reembolsarnos la totalidad de los beneficios que pagamos. La parte que nos corresponde de cualquier resarcimiento solo se limita a la cantidad de beneficios que le hayamos pagado o le pagaremos a usted, sus representantes o proveedores de atención de la salud en su nombre. A efectos de esta disposición, “usted” incluye a sus dependientes cubiertos, y “sus representantes” incluye a sus herederos, administradores, representantes legales, padres (si es menor de edad), sucesores o cesionarios, si corresponde. Este es nuestro derecho de resarcimiento.
- Tenemos derecho, en virtud de nuestro derecho de recuperación, a recibir un reembolso por nuestros pagos de beneficios, incluso si usted no ha sido indemnizado completamente por todos sus daños en las recuperaciones que recibe. 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, debe cooperar con nosotros en todo lo necesario siempre que resulte razonable. No debe tomar ninguna medida que pueda menoscabar nuestro derecho de resarcimiento.
- Si no solicita una indemnización por daños y perjuicios como consecuencia de su enfermedad o lesión, debe permitirnos tomar medidas para el resarcimiento de gastos en su nombre (incluido el derecho a iniciar una acción judicial en su nombre). Esto se denomina “subrogación”.

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

Podremos solicitarte que firmes un acuerdo de reembolso o que nos cedas (1) su derecho a iniciar una acción judicial o (2) su derecho a recibir una indemnización por un reclamo presentado como consecuencia de su enfermedad o lesión. Podremos postergar el procesamiento de sus reclamos hasta que 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 reciba y que excedan los resarcimientos efectuados.

Nuestros derechos de resarcimiento y subrogación según lo descrito en esta Sección pueden ser exigidos, a opción de la Aseguradora, por la Aseguradora, por cualquiera de los Planes Locales que administraron los beneficios pagados en relación con la lesión o enfermedad en cuestión, o por cualquier combinación de estas entidades. 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 lo lesiona, por ejemplo, en un accidente automovilístico o a través de una mala praxis médica
- Cuando usted se lesiona estando en la propiedad de un tercero
- Cuando usted se lesiona y dispone de beneficios para usted o su dependiente en virtud de cualquier ley o de cualquier tipo de seguro, incluidos, entre otros:
 - Seguro de responsabilidad sin culpa y otro seguro que pague sin tener en cuenta la culpa, incluidos los beneficios de protección contra lesiones personales, independientemente de que haya elegido que dichos beneficios sean secundarios respecto del Plan
 - Cobertura para conductores sin seguro o con seguro insuficiente
 - Beneficios de compensación del trabajador
 - Cobertura para reembolsos médicos

Comuníquese con nosotros si necesita más información sobre la subrogación.

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

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

Ensayos clínicos

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

- **Costos de la atención de rutina:** los costos de los servicios que sean médicamente necesarios, como las consultas médicas, los análisis de laboratorio, las radiografías y las pruebas de detección, así como las hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la afección del paciente, independientemente de que el paciente se encuentre en un ensayo clínico o reciba terapia estándar. Ofrecemos beneficios para estos tipos de costos a los niveles de beneficios descritos en la Sección 5 (*Beneficios*) cuando los servicios estén cubiertos en virtud del Plan y determinemos que son médicamente necesarios.
- **Costos de la atención extra:** los costos de servicios cubiertos relacionados con la participación en un ensayo clínico, como las pruebas adicionales que un paciente puede necesitar como parte del ensayo, pero no como parte de la atención de rutina del paciente. Este Plan cubre los costos de la atención extra en relación con la participación en un ensayo clínico aprobado para un trasplante de células madre cubierto como las pruebas adicionales que puede necesitar un paciente como parte del protocolo del ensayo clínico, pero no como parte de la atención de rutina del paciente. Para obtener más información sobre los ensayos clínicos aprobados para trasplantes de células madre cubiertos, consulte las páginas 74 a 81. **Los costos de atención extra relacionados con la participación en cualquier otro tipo de ensayo clínico no están cubiertos.** Le recomendamos que llames al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 tiene Medicare

Para obtener información más detallada sobre “¿Qué es Medicare?” y “¿Debería inscribirme en Medicare?”, Comuníquese con Medicare al 1-800-Medicare 800-633-4227, TTY: 711, 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. Puede visitar a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare. El Plan Medicare Original paga su parte y usted paga la suya.

La ley exige que todos los médicos y otros proveedores presenten los reclamos directamente a Medicare para los miembros que tienen la Parte B de Medicare, cuando Medicare es el pagador primario. Esto regirá ya sea que acepten Medicare o no.

Si está inscrito en este Plan y en el Plan Medicare Original, de todos modos, debe cumplir con las normas de este folleto para que le brindemos cobertura por su atención. Por ejemplo, sigue siendo obligatorio obtener aprobación previa para algunos medicamentos con receta médica y trasplantes de órganos y tejidos antes de que paguemos los beneficios. Sin embargo, no tiene que obtener precertificación para estadías en el hospital como paciente hospitalizado cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario (consulte la página 23 para conocer la excepción).

Procedimiento para reclamos cuando participas en el Plan Medicare Original: es probable que nunca tenga que presentar un formulario de reclamos cuando tenga 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 su reclamo primero. En la mayoría de los casos, sus reclamos se coordinarán automáticamente y luego proporcionaremos beneficios secundarios por los cargos cubiertos. Para averiguar si necesita hacer algo para presentar sus reclamos, llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 su pagador primario. Renunciaremos a algunos costos de desembolso directo, como se indica a continuación:

Cuando la Parte A de Medicare es el pagador primario:

- En la **Opción Estándar**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Nuestros copagos por admisión al hospital como paciente hospitalizado
 - Nuestro coaseguro por hospitalización como paciente hospitalizado en un hospital miembro o no miembro
- En la **Opción Básica**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Nuestros copagos por día de hospitalización como paciente hospitalizado

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

- En la **Opción Estándar**, usted debe pagar la diferencia entre nuestra cantidad autorizada y la cantidad que se cobra en hospitales No miembros.
- En la **Opción Básica**, usted debe 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 de la salud 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.

Puede encontrar más información sobre cómo nuestro Plan coordina los beneficios con Medicare en nuestra *guía Medicare y usted para empleados federales* disponible en línea en www.fepblue.org.

- **Infórmenos sobre su cobertura de Medicare** Debe informarnos si usted o un miembro cubierto de su familia tienen cobertura de Medicare y, si así lo pedimos, permitirnos obtener información sobre los servicios negados o pagados a través de Medicare. También debe notificarnos sobre cualquier otra cobertura que pudieran tener usted o los miembros cubiertos de su familia, dado que esta cobertura puede afectar las obligaciones como pagador primario/secundario de este Plan y de Medicare.
- **Contrato privado con su médico** Si está inscrito en la Parte B de Medicare, un médico puede pedirle que firme un contrato privado en el que se acepte que se le puede facturar directamente por servicios que suelen estar cubiertos por el Plan Medicare Original. Si firma un contrato, Medicare no pagará ningún porcentaje de los cargos y no aumentaremos nuestro pago. Nuestro pago aún se limitará a la cantidad que hubiéramos pagado después del pago del Plan Medicare Original. Puede ser responsable de pagar la diferencia entre el monto facturado y el monto que pagamos.
- **Medicare Advantage (Parte C)** Si es elegible para recibir Medicare, puede optar por inscribirse y recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage. Estos son distintos planes de atención de la salud privados (similares a HMO y PPO regionales) que están disponibles en algunas áreas del país. Para conocer más sobre los planes Medicare Advantage, comuníquese con Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227), TTY: 711 o visite www.medicare.gov.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, tiene las siguientes opciones:

Este Plan y un plan Medicare Advantage de otro plan: puede inscribirse en un plan Medicare Advantage de otro plan y continuar estando inscrito en nuestro Plan de FEHB. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, infórmenos al respecto. Necesitaremos saber si está inscrito en el Plan Medicare Original o en un plan Medicare Advantage para poder coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

En la Opción Estándar, seguiremos brindando beneficios cuando su plan Medicare Advantage sea el pagador primario, incluso fuera de la red o del área de servicio del plan Medicare Advantage. Sin embargo, no renunciaremos a ninguno de nuestros copagos, coseguros o deducibles si usted recibe servicios de proveedores que no participen en el plan Medicare Advantage.

En la Opción Básica, brindamos beneficios por atención recibida de proveedores preferidos cuando su plan Medicare Advantage sea el pagador primario, incluso fuera de la red o del área de servicio del plan Medicare Advantage. Sin embargo, no renunciaremos a ninguno de nuestros copagos ni coseguros por los servicios que reciba de proveedores preferidos que no participen en el plan Medicare Advantage. Recuerde que debe recibir atención de

proveedores preferidos para recibir los beneficios de la Opción Básica. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.

Suspensión de la cobertura de FEHB para inscribirse en un plan Medicare Advantage: si es titular de beneficios o excónyuge, puede suspender su cobertura de FEHB e inscribirse en un plan Medicare Advantage, lo que elimina su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a la prima de su plan Medicare Advantage). Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en el Programa de FEHB, comuníquese con su oficina de jubilación. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de FEHB, por lo general podrá hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierdas involuntariamente la cobertura o se mude 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 se inscribe en la Parte D de Medicare y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos los reclamos para determinar sus costos de medicamentos con receta médica que no cuentan con cobertura de la Parte D de Medicare y evaluaremos la posibilidad de pagarlos en virtud del Plan de FEHB.
- **Cobertura de medicamentos con receta médica 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 usted según su situación de empleo y otros factores estipulados por Medicare. Es fundamental que nos diga si usted o un miembro cubierto de su familia tienen cobertura de Medicare para que podamos aplicar correctamente estos requisitos. **(Tener cobertura de más de dos planes de salud puede cambiar el orden de los beneficios determinados en este cuadro).**

Cuadro para el pagador primario		
A. Cuando usted o su cónyuge con cobertura tienen 65 años o más y tienen Medicare, y usted...	El pagador primario del individuo con Medicare es...	
	Medicare	Este Plan
1) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como un empleado activo.		✓
2) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como titular de beneficios o través de su cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
3) Tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge que es empleado activo.		✓
4) Es titular de beneficios, el gobierno federal lo ha empleado nuevamente y su cargo está excluido de FEHB (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y no tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
5) Es titular de beneficios, el gobierno federal lo ha empleado nuevamente y su cargo no está excluido de FEHB (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y...		
• Tiene cobertura de FEHB por su cuenta o a través de su cónyuge que también es empleado activo.		✓
• Tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
6) Es un juez federal que se jubiló conforme al Título 28 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), o un juez de un tribunal de derecho tributario que se jubiló conforme al Artículo 7447 del Título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto es un juez con estas características) y usted no tiene cobertura de FEHB a través de su cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
7) Está inscrito en la Parte B solamente, sin importar la clasificación de su empleo.	para los servicios de la Parte B	✓ para otros servicios
8) Es un empleado federal que recibe compensación laboral.		✓*
9) Es un empleado federal que recibe los beneficios por discapacidad durante seis meses o más.	✓	
B. Cuando usted o un miembro cubierto de su familia...		
1) Tiene Medicare únicamente debido a que padece de insuficiencia renal en la etapa final (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 usted o un miembro de su familia aún tiene derecho a recibir Medicare debido a que padece de ESRD.	✓	
2) Es elegible para Medicare debido a que padece de ESRD mientras todavía es beneficiario de Medicare y...		
• Este Plan era el pagador primario antes de ser elegible por padecer de ESRD (durante el período de coordinación de 30 meses) .		✓
• Medicare era el pagador primario antes de ser elegible por padecer 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) .	✓	
C. Cuando usted o un miembro cubierto de su familia es elegible para Medicare únicamente debido a una discapacidad y usted...		
1) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como empleado activo o a través de un miembro de la familia que también es empleado activo.		✓

2) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como titular de beneficios o a través de un miembro de la familia que es titular de beneficios.	✓	
D. Cuando usted tiene cobertura en virtud de la disposición de Equidad para el Cónyuge de FEHB como excónyuge	✓	

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

Si tiene 65 años o más y no tiene Medicare

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

Si usted:

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

Entonces, por su atención en 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 le corresponda pagar de acuerdo con este Plan.
- No es responsable de pagar ningún cargo mayor que el monto equivalente de Medicare; le mostraremos ese monto en el formulario de explicación de beneficios (EOB) que le enviemos.
- La ley prohíbe que un hospital le cobre más que el monto equivalente de Medicare.

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

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

Si su médico: Participa en Medicare o acepta la asignación de Medicare por el reclamo y pertenece a nuestra red preferida.

Entonces, usted es responsable de:

Opción Estándar: sus deducibles, coseguro y copagos.

Opción Básica: sus copagos y coseguro.

Si su médico: Participa en Medicare o acepta la asignación de Medicare y no pertenece a nuestra red preferida.

Eres responsable:

Opción Estándar: sus deducibles, coseguro y copagos, y el saldo que corresponda hasta la cantidad autorizada por Medicare

Opción Básica: todos los cargos.

Si su médico: no participa en Medicare y pertenece a nuestra red preferida.

Nota: en muchos casos, su pago será inferior debido a nuestros acuerdos preferidos. Comuníquese con su Plan Local para obtener información sobre cuánto puede cobrarte su proveedor preferido en particular.

Eres responsable:

Opción Estándar: sus deducibles, coseguro y copagos, y el saldo que corresponda hasta el 115 % de la cantidad autorizada por Medicare

Opción Básica: sus copagos y coseguro, y el saldo que corresponda hasta el 115 % de la cantidad autorizada por Medicare

Si su médico: No participa en Medicare y no pertenece a nuestra red preferida.

Eres responsable:

Opción Estándar: sus deducibles, coseguro, copagos y el saldo que corresponda hasta el 115 % de la cantidad autorizada por Medicare

Opción Básica: todos los cargos.

Si su médico: Renuncia a Medicare a través de un contrato privado.

Eres responsable:

Opción Estándar: sus deducibles, coseguro, copagos y el saldo que le cobre su médico

Opción Básica: sus deducibles, coseguro, copagos y el saldo que le cobre su médico

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

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

Médicos que renuncian a Medicare Un médico puede haber renunciado a Medicare y puede pedirle o no que firmes un contrato privado en el que aceptas que se le pueda facturar directamente a usted por los servicios habitualmente cubiertos por el Plan Medicare Original. Esta situación es diferente de un médico no participante, y le recomendamos que le pregunte a su 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. Puede ser elegible para pagar la diferencia entre el monto facturado y nuestros beneficios dentro de la red/fuera de la red normales.

Si tiene el Plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambas) Limitamos nuestro pago hasta un monto que complementa los beneficios que pagaría Medicare a través de la Parte A de Medicare (seguro para hospitales) y la Parte B de Medicare (seguro médico), independientemente de que Medicare pague o no.

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

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

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

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

Nota: **En la Opción Básica** debe utilizar **proveedores** preferidos para recibir beneficios. Consulte la página 22 para conocer las excepciones a este requisito.

Es importante que sepa que el médico que no acepta la cesión de Medicare no puede facturarle más del 115 % de la cantidad en la que Medicare basa sus pagos, llamado el “cargo límite”. El formulario de Resumen de Información de Medicare (Medicare Summary

Notice, MSN) que reciba de Medicare incluirá más información sobre el cargo límite. Si su médico trata de cobrarte más del monto que permite la ley, pídele que reduzca los cargos. Si no lo hace, denúncielo a la aseguradora de Medicare que le envió el formulario de MSN. Llámenos si necesita más asistencia.

Revise la siguiente tabla que ilustra sus responsabilidades de costo compartido cuando Medicare es su pagador principal y su proveedor está en nuestra red y participa con Medicare en comparación con lo que usted paga sin Medicare. No tenga en cuenta este cuadro solamente, pero lea toda la información de esta sección del folleto. Puede encontrar más información sobre cómo nuestro Plan coordina con *Medicare en nuestra guía Medicare y usted para empleados federales* disponible en línea en www.fepblue.org.

Descripción de los beneficios: Deducible

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$350 por el solicitante, \$700 por la familia

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Opción Estándar Usted paga **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 Usted paga **sin** Medicare: \$8,000 por el solicitante, \$16,000 por la familia

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: \$8,000 por el solicitante, \$16,000 por la familia

Opción Estándar Usted paga **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 Usted paga **sin** Medicare: N/C

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: N/C

Opción Estándar Usted paga **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 Usted paga **sin** Medicare: \$25

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$30

Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Especialista

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$35

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Opción Estándar Usted paga **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 Usted paga **sin** Medicare: \$450

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Opción Básica. Usted paga **sin** Medicare: \$250/día hasta \$1,500

Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Servicios hospitalarios ambulatorios

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: 15 % o copago de \$25

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Opción Básica Usted paga **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 Usted paga **sin** Medicare: N/C

Opción Estándar Usted paga **con** las Partes A y B de Medicare: N/C

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: N/C

Opción Básica **con** las partes A y B de Medicare: N/C

Sección 10. Definiciones de los términos que usamos 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 de la salud inmediata, incluidas mordidas y picaduras venenosas de animales. Nota: Las lesiones sufridas en los dientes mientras come 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 tiene un diagnóstico de enfermedad terminal y tomas decisiones sobre la atención que quisieras recibir si no puede hablar sin ayuda.
Agentes	Los medicamentos y otras sustancias o productos administrados por boca, inhalados, que le coloquen o inyecten para diagnosticar, evaluar o tratar su afección. Los agentes incluyen medicamentos y otras sustancias o productos necesarios para realizar pruebas, como tomografías óseas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, exploraciones pulmonares y radiografías, al igual que aquellas inyectadas en la articulación.
Cesión	Una autorización del miembro o su cónyuge para que paguemos beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarte directamente a usted, 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. Visite www.fepblue.org para obtener un formulario de autorización válido.
Tecnología de reproducción asistida (ART)	Servicios de reproducción, pruebas y tratamientos que involucran la manipulación de óvulos, espermias y embriones para lograr el embarazo. En general, los procedimientos de tecnología de reproducción asistida (ART) se utilizan para extraer óvulos de una persona que está ovulando, combinarlos con el esperma en un laboratorio y luego implantar los embriones o donarlos a persona que pueda quedar embarazada.
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 en que entra en vigencia 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	Consulte la Sección 4 en página 33.
Reclamos de atención simultánea	Un reclamo para atención continua o un tratamiento continuo que está sujeto a aprobación previa. Consulte la página 29 en la Sección 3.
Anomalía congénita	Afección que existía en el momento del nacimiento o después de este y que constituye una desviación importante de la forma o la norma común. Los siguientes son ejemplos de anomalías congénitas: deformidades de las orejas, labio leporino, paladar hendido, manchas de nacimiento, genitales ambiguos y membranas interdigitales en los dedos de las manos y los pies. Nota: Las anomalías congénitas no incluyen afecciones relacionadas con los dientes ni las estructuras intrabucales que sostienen los dientes.
Copago	Consulte la Sección 4 en página 32.
Cirugía estética	Cualquier procedimiento quirúrgico o cualquier parte de un procedimiento llevado a cabo principalmente para mejorar el aspecto físico a través de un cambio en la forma del cuerpo, excepto cuando sea para reparar una lesión producida en un accidente o para restablecer o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una enfermedad o cirugía, o para corregir una anomalía congénita.
Costos compartidos	Consulte la Sección 4 en página 32.
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 de la salud 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 “centro 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 un mínimo de capacitación adecuada, 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

Equipos y suministros que:

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

Servicios en fase de investigación o experimentales

Experimental o en fase 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 de la salud (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 de la salud (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 de la salud (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 su medicamento de marca. El efecto terapéutico y el perfil de seguridad de un alternativo genérico son similares a su medicamento de marca, pero posee un ingrediente activo diferente.

Equivalente genérico

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

Cobertura de salud colectiva	La cobertura de atención de la salud para la que es elegible en función de su empleo, asociación o vinculación con una organización o un grupo en particular, y que proporciona el pago de servicios o suministros médicos, o paga una cantidad específica de más de \$200 por día por hospitalización (incluida la prórroga de cualquiera de estos beneficios a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA]).
Profesional de atención de la salud	Un médico u otro profesional de atención de la salud autorizado, acreditado o certificado para prestar los servicios de salud especificados de acuerdo con la ley estatal. Consulte la página 19 para obtener información sobre cómo determinamos los profesionales de atención de la salud que están cubiertos por este Plan.
Evaluación de riesgos de salud (HRA)	Un cuestionario diseñado para evaluar su estado de salud en general e identificar los riesgos potenciales de salud. Los miembros del Plan de Beneficios de Servicio tienen acceso a la HRA de Blue Cross and Blue Shield (llamada “Evaluación de Salud de Blue”) que está respaldada por un programa computarizado que analiza la información sobre su salud y estilo de vida, y le proporciona un plan de acción de salud personal y confidencial que está protegido por las disposiciones de seguridad y privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Los resultados de la Evaluación de Salud de Blue incluyen sugerencias prácticas para realizar cambios saludables, así como información importante sobre la salud acerca de la que le recomendamos conversar con su proveedor de atención de la salud. Para obtener más información, visita nuestro sitio web, www.fepblue.org .
Infertilidad iatrogénica	Infertilidad causada por una intervención médica o quirúrgica médicamente necesaria utilizada para tratar una afección o enfermedad.
Cobertura hospitalaria interna	Usted es un paciente hospitalizado cuando le admiten formalmente en un hospital con una orden de un médico. Nota: La atención de pacientes hospitalizados requiere precertificación. Para algunos servicios y procedimientos también debe obtenerse aprobación previa. Consulte las páginas 23 a 29.
Atención intensiva para pacientes ambulatorios	Un programa de tratamiento integral y estructurado como paciente ambulatorio que incluye períodos prolongados de sesiones de terapia individual o de grupo destinadas a ayudar a los miembros con trastornos de salud mental o por consumo de sustancias. Es un sistema intermedio entre la terapia tradicional para pacientes ambulatorios y la hospitalización parcial que generalmente se brinda en un centro de salud para pacientes ambulatorios o un consultorio profesional para pacientes ambulatorios. Las sesiones del programa pueden tener lugar más de un día por semana. Los plazos y la frecuencia varían según el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad.
Plan Local	Un Plan de Blue Cross o Blue Shield que cubre un área geográfica determinada.
Alimentos medicinales	El término alimento medicinal, conforme a lo definido en la Sección 5(b) de la Ley de Medicamentos Huérfanos, Sección 360ee (b) (3) del Título 21 U.S.C., es “un alimento que está formulado para ser consumido o administrado bajo la completa supervisión de un médico y está destinado al control nutricional específico de una enfermedad o afección para la cual los requisitos nutricionales distintivos, basados en los principios científicos reconocidos, se establecen por la evaluación médica”. En general, para ser considerado un alimento medicinal, un producto debe cumplir, como mínimo, con los siguientes criterios: el producto debe ser un alimento para alimentación oral o por sonda; el producto debe tener una etiqueta que indique que es para el control nutricional de un trastorno médico, una enfermedad o una afección en particular para los que existen requisitos nutricionales distintivos; y el producto debe estar destinado para su uso bajo supervisión médica.
Necesidad médica	Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que reúnen los criterios de necesidad médica. “Necesidad médica” significará los servicios de atención de la salud 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:

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 de la salud 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, tiene acceso a demanda a la atención en casos de afecciones comunes que no sean de emergencia. Algunos ejemplos de afecciones frecuentes incluyen problemas con los senos paranasales, erupciones, alergias, síntomas de resfrío y gripe, etc.
Casos inadmisibles	Errores en la atención de la salud que son claramente identificables, evitables y graves en sus consecuencias, tales como cirugías practicadas en una parte equivocada del cuerpo, y afecciones específicas que puede contraer durante su estadía en el hospital, tales como escaras graves de decúbito. Para obtener más información, consulte las páginas 7.
Servicios de observación	<p>Aunque pase la noche en una habitación del hospital y reciba comidas y otros servicios hospitalarios, algunos servicios y estancias nocturnas, incluidos los “servicios de observación”, en realidad, son de atención para pacientes ambulatorios.</p> <p>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.</p> <p>Si está en el hospital durante más de algunas horas, siempre pregunta al médico o al personal del hospital si su estadía se considera como paciente hospitalizado o ambulatorio.</p>
Pacientes ambulatorios	Usted es un paciente ambulatorio si está recibiendo servicios del departamento de emergencias, servicios de observación, cirugía ambulatoria, análisis de laboratorio, radiografías u otros servicios hospitalarios, y el médico no ha escrito una orden para admitirle en un hospital como paciente hospitalizado. En estos casos, es un paciente ambulatorio si le 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 su costo compartido por servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio calculan sus cantidades autorizadas de diferentes maneras. Si el monto que factura su proveedor por servicios cubiertos es menor que nuestra cantidad autorizada, basamos la parte que le corresponde pagar (coseguro, deducible o copagos) en el monto facturado. Calculamos nuestra cantidad autorizada de la siguiente forma:

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

Nuestra cantidad autorizada de la PPO incluye todos los descuentos de los que tengamos conocimiento y que podamos calcular con exactitud en el momento de procesar su reclamo. Para los centros de salud de la PPO, en ocasiones, nos referimos a nuestra cantidad autorizada como “tarifa preferida”. La tarifa preferida puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de haber procesado su reclamo que puede reducir o aumentar el monto que debemos pagar al centro de salud. Sin embargo, el costo compartido que debe pagar (si corresponde) no cambia. Si el monto de nuestro pago se reduce, acreditamos el monto en el que se redujo a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagamos ese costo en su nombre. (Consulte la página 131 para obtener información especial sobre los límites en las cantidades que pueden cobrarle 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 de la salud cubiertos que tienen contrato con algunos Planes locales de Blue Cross and Blue Shield) han estado de acuerdo en aceptar como pago total cuando pagamos beneficios primarios. Para los centros de salud, en ocasiones, nos referimos a nuestra cantidad autorizada como “tarifa del miembro”. La tarifa del miembro incluye los descuentos de los que tengamos conocimiento que podamos calcular con exactitud en el momento de procesar su reclamo y puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de procesado su reclamo que puede reducir o aumentar la cantidad que debemos pagar al centro de salud. Sin embargo, el costo compartido que debe pagar (si corresponde) no cambia. Si el monto de nuestro pago se reduce, acreditamos el monto en el que se redujo a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagamos ese costo en su nombre.
- **Proveedores no participantes:** no tenemos acuerdos con estos proveedores para limitar la cantidad que le pueden facturar por sus servicios. Esto significa que, si utiliza proveedores no participantes, podría pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibe. Calculamos nuestra cantidad autorizada de la siguiente forma:
 - Para los servicios para pacientes hospitalizados en hospitales y otros centros de salud que no tienen contratos con su Plan Local de Blue Cross and Blue Shield (“centros de salud no miembros”), nuestra cantidad autorizada se basa en la cantidad autorizada por el Plan Local. La cantidad autorizada por el Plan Local varía por región y es determinada por cada Plan. Si desea obtener información adicional o la cantidad autorizada actual, llame al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 tiene pensado utilizar un hospital no miembro u otro centro de salud no miembro para su procedimiento ambulatorio, llámenos antes de recibir los servicios al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener la cantidad permitida actual y ayuda en la estimación de sus gastos de bolsillo 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. Comuníquese con su Plan Local si necesita más información.

Tenga en cuenta que los centros de salud no miembros pueden facturarle cualquier diferencia entre la cantidad autorizada y el monto facturado. Es posible que pueda reducir sus gastos de desembolso directo al utilizar un hospital preferido para su procedimiento quirúrgico ambulatorio o diálisis.

Para encontrar un proveedor preferido, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor and Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) o llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su 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 de la salud cubiertos identificados en virtud de la Ley de No Sorpresas (No Surprises Act, NSA) (consulte la página 36) que no tienen contrato con su plan local de Blue Cross and Blue Shield y no pueden facturarle 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 de la salud cubiertos que no tienen contrato con su Plan Local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra cantidad autorizada es igual a la que sea mayor entre las siguientes: (1) el monto de la lista de cargos para proveedores participantes de Medicare o el precio de venta promedio (Average Sale Price, ASP) del medicamento de la Parte B de Medicare por el servicio, el medicamento o el suministro en el área geográfica en que fue realizado u obtenido; o bien (2) el 100 % de la cantidad autorizada por el Plan Local. En la ausencia de un monto de la lista de cargos de proveedores participantes de Medicare o un ASP para cualquier servicio, medicamento o suministro, nuestra cantidad autorizada es la cantidad autorizada por el Plan Local. Comuníquese con su Plan Local si necesita más información. Podemos referirnos a nuestra cantidad autorizada para los proveedores no participantes como “cantidad autorizada para proveedor no participante” (Non-participating Provider Allowance, NPA).
- Para los servicios médicos de emergencia prestados en el departamento de emergencias de un hospital proporcionados por médicos y otros profesionales de atención de la salud 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: y
- Para los servicios que recibe fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. por parte de proveedores que no tienen contrato con nosotros ni con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GMMI), 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 utiliza proveedores no participantes o no miembros, podría pagar montos significativamente superiores por los servicios que recibe. Los proveedores no participantes y no miembros no tienen obligación de aceptar nuestra cantidad autorizada como pago total. Si utiliza proveedores no participantes o no miembros, 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; consulte a continuación). Además, serás responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicables. Puede reducir sus gastos de desembolso directo al utilizar proveedores preferidos siempre que sea posible. Para encontrar un proveedor Preferido, ingrese en www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos

y hospitales nacionales) o llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura al reverso de su tarjeta de identificación. Le aconsejamos consultar siempre a proveedores preferidos para su atención.

Nota: para **ciertos** servicios cubiertos de proveedores profesionales no participantes, puede limitarse su responsabilidad de la diferencia entre la cantidad autorizada para proveedores no participantes (NPA) y el monto facturado. Consulte la página 36.

Para obtener más información, consulte las *Diferencias entre nuestra cantidad autorizada y la factura* en la Sección 4. Para obtener más información sobre cómo les pagamos a los proveedores en el extranjero, consulte las páginas 36 y 139.

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.
Precertificación	Deberá cumplir con el requisito de comunicarse con el Plan Local de Blue Cross and Blue Shield que cubre el área donde se proporcionarán los servicios, antes de ser admitido en el hospital para recibir atención de pacientes hospitalizados. Consulte la información sobre la precertificación que se incluye en la Sección 3.
Acuerdo con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	Un acuerdo entre los Planes Locales y los médicos, los hospitales, las instituciones de atención de la salud y otros profesionales de atención de la salud cubiertos (o para farmacias minoristas, entre las farmacias y CVS Caremark) para proporcionarle servicios a un menor costo. La PPO le ofrece la oportunidad de reducir sus gastos de desembolso directo por su atención al seleccionar los centros de salud y proveedores de un grupo específico. Hay proveedores de la PPO disponibles en la mayoría de las áreas; utilizarlos siempre que sea posible ayuda a contener los costos de atención de la salud y reduce sus costos de desembolso directo. La selección de los proveedores de la PPO depende exclusivamente del Plan Local (o, para farmacias, de CVS Caremark). No podemos garantizar que ningún proveedor en particular continuará participando en estos acuerdos con la PPO.
Reclamos previos al servicio	Aquellos reclamos (1) que requieren certificación o aprobación previas; y (2) en los que no obtener la certificación o aprobación previas da como resultado una reducción de los beneficios.
Atención preventiva 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; o2. 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, consulte las descripciones de beneficios en la Sección 5 y <i>Otros servicios</i> en la Sección 3, en <i>Usted necesita aprobación previa del plan para ciertos servicios</i> en las páginas 23 a 27.</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 154).
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 cuidado de emergencia prestados por teléfono o video/mensajes seguros en línea para afecciones agudas menores (consulte la página 166 para ver la definición), atención de dermatología y asesoramiento para trastornos de salud conductual y por consumo de sustancias, y asesoramiento nutricional. Visite www.fepblue.org/telehealth o llame a la línea gratuita 855-636-1579, TTY: 711 para acceder a este beneficio. Después de su visita de telesalud, haga un seguimiento con su médico 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 de la salud 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 su proveedor de atención de la salud debe saber cuándo y dónde puede tratarte. Usted, por su parte, es responsable de identificar con precisión a su proveedor donde se encuentra físicamente para el servicio que recibiste a través de tecnologías de telesalud (telemedicina). Usted y su 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	<p>Un reclamo de atención de la salud o tratamiento médico es un reclamo de atención de urgencia si la espera del tiempo límite normal de los reclamos de atención de la salud no urgente pudiera tener una de las siguientes consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La espera pondría en peligro su vida o su salud. • La espera pondría en peligro su posibilidad de recuperar sus funciones por completo. • Según la opinión de un médico que conozca su afección médica, la espera le sometería a un dolor agudo que no podría controlarse adecuadamente sin la atención o los tratamientos sujetos a reclamo. <p>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.</p> <p>Si considera que su reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia, comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente utilizando el número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio e infórmenos que el reclamo es urgente. Además, puede probar que el reclamo es un reclamo de atención de urgencia si proporciona evidencia de que un médico que conoce su afección médica ha determinado que su reclamo implica atención de urgencia.</p>
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.
Usted/su	“Usted” y “su” 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 su familia.

Índice alfabético

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

- Aborto**.....52–54, 143–44
Acupuntura65–66, 83
Administración de casos 75–81, 93–99, 107–8, 137
Alimentos medicinales 63–64, 116–27, 166
Alojamiento y comida ...24, 30, 44–45, 85–87, 93–95, 107–8
Ambulancia22, 98–100, 104
Análisis conductual aplicado (ABA)25–28, 57–58, 87–92
Análisis de ADN en muestras de heces47–50
Anestesia83, 85–87
Angiografías45–47, 87–92
Anomalías congénitas...25–28, 68–70, 84–85, 164
Anteojos58–60
Apelaciones28–31, 149–51
Aplicación móvil de feplblue..... 138
Apoyo y suministros para la lactancia52–54, 63–64
Aprobación previa ..23–29, 57–58, 67–76, 84–85, 95–99, 110–27, 146–48, 164, 166, 170
Asesor de salud en línea (OHC) 133
Asesoramiento nutricional.47–52, 135, 138
Asesoramiento sobre diabetes...66, 87–92
Asistente de cirujano 22
Atención de alergias 56
Atención de custodia20–22
Atención de observación..... 167
Atención de reasignación de género23–28, 61–62, 68–70
Atención dental.....73–74, 129–32, 177
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales).....95–99
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF).....20–22, 164
Atención especializada Blue Distinction20–22
Atención obstétrica52–54
Atención para recién nacidos.....29, 44–45, 50–54
Atención preventiva
 Adultos47–50, 170
 Niños50–52
Audífonos y servicios para la audición59, 61–62
Beneficio para viajes81–82, 133
Beneficios de atención prolongada 94–95
Beneficios para pacientes hospitalizados85–87, 92–93
Biopsias.....47–50, 68–70, 87–92
Blue Distinction Centers.....20–22, 75, 81–82, 92–93
 for Transplants..... 25–28, 75–81
Bombas de insulina 62–63, 116–27
Cambios para 2023..... 17–18
Cantidad autorizada por el plan 166–70
Casos inadmisibles 167
Centro de Asistencia en el Extranjero 139
Centro de cirugía ambulatoria ...20–22, 87–92
Centro de salud acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT) 75
Centro de tratamiento residencial (RTC) 20–22, 23, 93–94, 107–8, 137, 164
Centro de urgencia 102–4
Centros de maternidad.....20–22
Centros de salud ambulatorios independientes.....20–22
Centros de salud de VA 161
Centros de salud miembros 14–16, 20–22
Centros de salud no miembros .. 14–16, 166–70, 166–70
Centros de salud proveedores .20–22
Centros de salud proveedores cubiertos20–22
CHAMPVA..... 152–56
Circuncisión 52–54, 68–70
Cirugía..... 58–60, 67–83, 92–93, 164
 Asistente de cirujano 22, 68–70
 Bucal y maxilofacial..... 73–74
 Esterilización voluntaria, reversión 54, 68–70
 Implantes quirúrgicos 61–62, 87–92
 Múltiples procedimientos 68–70
 Ojos: cataratas, ambliopía, estrabismo..... 58–60, 68–70
 Pacientes ambulatorios .. 25–28, 57–58, 68–70, 87–92, 108–9, 166–67
 Reasignación de género .23–28, 68–70
 Reconstructiva..... 71–74
 Trasplantes 74–81
 Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.. 25–28, 68–70
Cirugía.....28
 Cirugía bucal..... 73–74
 Cirugía estética..... 68–74, 164
 Cirugía maxilofacial..... 73–74
Clases y programas educativos..... 66
Cobertura de reemplazo 13
Confidencialidad 14–16, 166
Consultas.....44–45, 106–7
Continuación Temporal de la Cobertura (TCC) 12–13
Control cardiovascular ... 45–47, 87–92
Control de enfermedades..... 137
Control del peso 133, 143–44
Coordinación de beneficios..... 116–27, 152
Copagos .. 14–16, 32, 36–38, 152, 155–58
Coseguro 14–16, 22, 33, 36–38, 164
Costos compartidos..... 32, 36–38, 164
Costos de servicios cubiertos 32–39
Cuidado de los pies 61
Cuidados de enfermería en el hogar (maternidad)..... 52–54
Cuidados por maternidad 30, 52–54
Deducible..... 32, 42
Definiciones..... 163–72
Dejar de consumir tabaco.. 66, 116–27, 133
Dejar de fumar 66, 116–27, 133
Derechos y responsabilidades 14–16
Detección de osteoporosis..... 170
Detección por CT de baja dosis 170
Diálisis57–58, 62–63, 87–92, 94–95
Diálisis renal20–22, 57–58, 87–92
Dispositivos de generación del habla 62–63
Dispositivos ortopédicos 61–62, 87–92
Dispositivos protésicos . 61–62, 68–74, 84–92
Dispositivos y fármacos
 anticonceptivos 54
Divorcio 9–11, 13
ECG 45–47, 87–92
EEG 45–47, 87–92
Embarazo (ver: Atención de maternidad).....
Emergencia22, 29, 98–104, 129–30
Emergencia médica..... 22, 101, 103–4
Enfermero ..20–22, 64–65, 95–99, 133, 137
Ensayos clínicos.....25–28, 75–81, 143–44, 155, 163–66
Equipo médico duradero (DME)62–63, 165
 Dispositivos protésicos . 61–62, 68–70, 85–92
Evaluación de Salud de Blue ... 133–35
Examen físico 87–92, 143–44
Exclusiones 143–44
Experimental o en fase de investigación 164–66
Farmacoterapia 44–45, 57–58
FEDVIP 129, 155
feplblue.org 4
Fisioterapia 44–45
Fraude 4
Gastos de desembolso directo ... 36–38, 42, 169–71
Gastos del donante (trasplantes) 75–83
Healthy Families 133
Herramientas de salud..... 133
Hospital
 Pacientes ambulatorios 87–92, 108–

- Pacientes hospitalizados23, 107
- Información sobre la cobertura..... 9
- Inmunizaciones.....87-92, 116-27
- Inscripción.....9, 11
- Insulina.....116-27
- Jeringas.....116-27
- Lentes de contacto.....58-60, 142
- Lesión accidental 85-87, 98-104, 129-30, 163
- Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).....9, 13, 50-52
- Ley de Equidad para los Niños...11-12
- Ley de No Sorpresas (NSA) 36
- Lista de medicamentos preferidos 110-28
- Mamografías.....47-50
- Medicaid..... 153
- Médicamente necesario 24, 30, 143-44, 167
- Medicamentos (ver: Medicamentos con receta médica).....
- Medicamentos autoinyectables 116-27, 170-72
- Medicamentos con receta médica.116-27
- Farmacias minoristas preferidas.....116-27, 146-48
- Medicamentos autoinyectables 110-12
- Medicamentos de especialidad 111-27, 170-72
- Medicamentos de marca111-27
- Medicamentos genéricos.....116-27
- Medicamentos obtenidos de otras fuentes.....127-28
- Programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.....116-27, 141
- Programa de Farmacias minoristas..... 111-27, 141, 146-48
- Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo.....116-27, 141, 146-48
- Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo..... 146
- Medicamentos de especialidad 116-27, 170-72
- Medicamentos de marca111-15
- Medicamentos genéricos111-15
- Medicamentos y dispositivos
- anticonceptivos.....116-27
- Medicamentos y suministros116-27
- Medicare..... 1, 24, 74-76, 94-95, 136, 152-62
- Cuenta de reembolso..... 136
- Médico.. 19, 23, 157, 161, 165, 176-81
- Médico de atención primaria19, 42, 44-45, 50-52, 55-61, 66, 95-99
- Mercado de seguros médicos** 13
- Múltiples procedimientos68-70
- MyBlue Customer eService.....136-37
- National Doctor & Hospital Finder**..... 137
- Opción de beneficios flexibles..137-38
- Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross® and Blue Shield® para 2023
- Oxígeno.....62-64
- Pagos excesivos.....38
- Pelucas 61-62
- Planificación familiar54
- PPO..... 14-16, 170
- Precertificación .. 23, 28-30, 166, 169-71
- Precio Mayorista Promedio (AWP)..... 116-27, 177
- Procedimientos de esterilización.....54, 68-70
- Proceso para desacuerdos sobre reclamos 149-51
- Profesionales proveedores.....20
- Profesionales proveedores cubiertos 19
- Programa de Farmacias de medicamentos de especialidad.110-12, 116-27, 141, 146-48
- Programa de Farmacias minoristas..42, 110-27, 141, 145-48, 170, 177, 180
- Programa de Incentivo de medicamentos genéricos..... 115-16
- Programa de Incentivo para el Manejo de la Diabetes 135, 177, 180
- Programa de Incentivos de atención del embarazo 136
- Programa de Manejo de la Hipertensión 135-36
- Programa de medicamentos con receta médica del servicio de envío por correo..** 111-27, 140-41, 146-48, 177, 180
- Programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM) 111-15
- Programa para el manejo de la diabetes 134
- Programas de Administración de la Atención Médica 137
- Protección contra gastos catastróficos 36-38, 178, 181
- Proveedores no participantes..... 14-16, 28, 36
- Proveedores no preferidos..... 33-38
- Proveedores participantes... 44-66, 68-81, 83, 101-4, 106-7, 132
- Proveedores preferidos. 14-16, 22, 33-36
- Prueba de sangre oculta en la materia fecal.....47-50
- Pruebas de cáncer colorrectal47-50
- Colonoscopia. 47-50, 68-70, 87-92
- Prueba de sangre oculta en la materia fecal 47-50
- Sigmoidoscopia 47-50
- Pruebas de cáncer de próstata.....47-50
- Pruebas de colesterol... 47-50, 116-27
- Pruebas de densidad ósea45-47, 87-92
- Pruebas de detección de cáncer**...47-50
- Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero 47-52
- Pruebas de diagnóstico.. 45-47, 52-55, 107-9
- Pruebas de Papanicolaou**.....47-50
- Pruebas de virus del papiloma humano (VPH).....47-52
- Pruebas genéticas 45-47
- Pruebas neurológicas 45-47, 87-92
- Pruebas previas a la admisión 85-87
- Psicoterapia..... 106-9
- Quimioterapia57-58, 75-81, 87-92
- Radiografías** 45-47, 155
- Reclamos de atención de urgencia . 28-29, 172
- Reclamos y presentación de reclamos 14-16, 28-31, 136-37, 140-41, 145-51, 164, 169-72
- Reconsideraciones 149-51
- Reconstrucción mamaria..... 71-74
- Prótesis mamarias y sostenes quirúrgicos 61-62
- Registro de salud personal 133
- Rehabilitación cardíaca.. 57-58, 87-92
- Rehabilitación cognitiva 87-92, 94-95
- Rehabilitación pulmonar 57-58, 87-92
- Renuncias** 33
- Resonancias magnéticas 45-47, 87-92, 163
- Sacaleches y suministros..... 52-54
- Sangre y plasma sanguíneo 63-64, 87-92
- Segunda opinión quirúrgica 44-45
- Servicios de atención de la salud en el hogar 64-65
- Servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios..... 87-92
- Servicios de detección** 170
- Servicios de diagnóstico y tratamiento 47-52
- Servicios de la vista 155
- Servicios de laboratorio y patología** 22
- Servicios de reproducción..... 55, 163
- Tecnología de reproducción asistida (ART)..... 55, 163
- Servicios de tratamiento y de diagnóstico 87-92
- Servicios para la vista 58-60
- Servicios profesionales para pacientes ambulatorios..... 44-45
- Servicios profesionales para pacientes hospitalizados.24, 30, 44-45, 85-87
- Servicios, medicamentos, suministros y reclamos en el extranjero . 139-41
- Sillas de ruedas .62-63, 94-95, 98-100
- Situaciones excepcionales..... 22-24
- Subrogación 153-55, 171
- Suministros médicos 63-64, 85-92, 95-99
- Suministros para diabéticos
- Agujas y jeringas desechables. 116-27
- Bombas de insulina 62-63
- Insulina, tiras reactivas y lancetas 116-27
- Programa de Medidor de Diabetes 116-27
- Suministros para estomas y catéteres 63-64
- Telesalud**..... 171
- Afecciones agudas menores 138, 167, 171
- Asesoramiento nutricional 138, 171
- Dermatología 138, 171

Trastorno de salud mental/por consumo de sustancias.....	43	Trasplantes .	20–22, 23–28, 57–58, 74–82	Tratamiento de manipulación	65, 87–92
Terapia de radiación	57–58, 87–92	Trasplantes alogénicos	75–83	Tratamiento de manipulación osteopático	65
Terapia de radiación de intensidad modulada (IMRT).....	25–28, 57–58	Trasplantes autólogos.....	74–81	Tratamiento de manipulación quiropráctico	65–66
Terapia de rehabilitación cognitiva	57–59	Trasplantes de células madre.....	74–81	Tratamientos alternativos.....	65–66
Terapia del habla	57–59, 87–92, 95–99	Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.....	74–82	Tratamientos de manipulación quiroprácticos.....	57–58
Terapia física	57–59, 95–99	Trasplantes de órganos/tejidos ..	25–28, 74–82	TRICARE	152–53
Terapia ocupacional.....	57–59, 95–99	Trastorno de salud mental/por consumo de sustancias...	52–54, 93–94, 105–9, 166	Ultrasonidos	45–47, 87–92
Terapias de tratamiento	57–58	Trastorno del espectro autista....	57–58, 87–92	Vacunas	47–52
Tomografías computarizadas.....	45–47, 87–92, 163	Trastorno por consumo de sustancias	105–9, 177–79	Visitas a la clínica.....	44–45, 106–7
Tomografías por emisión de positrones	45–47, 87–92, 163			Visitas al consultorio	42, 44–45, 106–7, 170, 177
Trabajador social	137			Visitas clínicas	87–92
				Yesos	68–70, 85–92

Resumen de los beneficios para la Opción Estándar del Plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross and Blue Shield para 2023

No tenga 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, lea este folleto de FEHB.

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

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

Puede 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	Usted paga	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 de la salud \$35 por visita al consultorio de especialistas No PPO: 35%* de nuestra cantidad autorizada	44-51
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: usted paga todos los cargos	44, 106
Servicios proporcionados por un hospital: cobertura hospitalaria interna	PPO: \$350 por admisión No PPO: \$450 por admisión, más el 35 % de nuestra cantidad autorizada	85-87
Servicios proporcionados por un hospital: pacientes ambulatorios	PPO: 15 %* de nuestra cantidad autorizada No PPO: 35%* de nuestra cantidad autorizada	87-91
Beneficios de emergencia: lesión producida en un accidente	PPO: nada por servicios hospitalarios y de atención de la salud 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 de la salud para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas; luego se aplican los beneficios normales Servicios de transporte en ambulancia: nada	102-103

Beneficios de la Opción Estándar	Usted paga	Página
Beneficios de emergencia: emergencia médica	<p>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 de la salud y hospitalaria* proporcionada en un ámbito que no sea la sala de emergencias/centro de atención de urgencia de la PPO</p> <p>Servicios de transporte en ambulancia terrestre: \$100 por día para ambulancia terrestre (sin deducible); \$150 por día para ambulancia aérea o marítima (sin deducible)</p>	103-104
Tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	<p>PPO: el costo compartido normal, como \$25 de copago por visita</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>	105-109
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 tiene 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: un 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 tiene 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 	116-128
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	131

Beneficios de la Opción Estándar	Usted paga	Página
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	Consulte la Sección 5(h).	133-137
Protección contra gastos catastróficos (monto máximo de sus gastos de bolsillo de protección contra gastos catastróficos)	<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>	36-37

Resumen de beneficios para la Opción Básica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2023

No tenga 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, lea este folleto del FEHB.

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

La Opción Básica no proporciona beneficios cuando utiliza proveedores no preferidos. Consulte la página 22 para conocer la lista de las excepciones a este requisito. No hay deducible para la Opción Básica.

Puede 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	Usted paga	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 de la salud; \$40 por visita al consultorio de especialistas No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	44-51
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: usted paga todos los cargos	44, 106
Servicios proporcionados por un hospital: cobertura hospitalaria interna	PPO: \$250 por día hasta \$1,500 por admisión No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	85-87
Servicios proporcionados por un hospital: pacientes ambulatorios	PPO: \$150 por día por centro de salud No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	87-91
Beneficios de emergencia: lesión producida en un accidente	PPO: copago de \$35 por atención de urgencia; copago de \$250 por cuidado ambulatorio en el hospital Fuera de la PPO: copago de \$250 por cuidado ambulatorio en el hospital; usted paga 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	102-103
Beneficios de emergencia: emergencia médica	Igual que para las lesiones producidas en un accidente	103-104
Tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	PPO: la participación en los costos normal, como \$30 de copago por visita al consultorio; \$250 por día y hasta \$1,500 por admisión para hospitalización No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	105-109

Beneficios de la Opción Básica	Usted paga	Página
Medicamentos con receta médica	<p>Programa de Farmacias minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPO: \$15 genérico/(\$10 si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare)/\$60 de medicamentos de marca preferidos por receta (\$50 si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare)/60 % de coseguro (\$90 mínimo) para medicamentos de marca no preferidos (un 50 % [\$60 mínimo] si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare) • No pertenecen a la PPO: usted paga 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 	116-128
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 maxilofacial cubierta</p> <p>No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos</p>	132
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	Consulte la Sección 5(h).	133-137

Beneficios de la Opción Básica	Usted paga	Página
<p>Protección contra gastos catastróficos (monto máximo de sus gastos de bolsillo de protección contra gastos catastróficos)</p>	<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>	36-37

Información sobre las tarifas para 2023 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield

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

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

Las 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. Su empleador tribal puede elegir contribuir una parte más elevada de su prima. Comuníquese con su director de Beneficios Tribales para conocer las tarifas exactas.

Tipo de inscripción	Código de inscripción	Tarifa de prima			
		Quincenal		Mensualmente	
		Participación del gobierno	Su participación	Participación del gobierno	Su participación

En todo el país

Opción Estándar solicitante únicamente	104	\$259.72	\$142.40	\$562.73	\$308.53
Opción Estándar solicitante y una persona	106	\$560.52	\$318.85	\$1,214.46	\$690.84
Opción Estándar solicitante y su familia	105	\$611.42	\$347.89	\$1,324.74	\$753.77

En todo el país

Opción Básica solicitante únicamente	111	\$259.72	\$86.67	\$562.73	\$187.78
Opción Básica solicitante y una persona	113	\$560.52	\$217.90	\$1,214.46	\$472.12
Opción Básica solicitante y su familia	112	\$611.42	\$237.91	\$1,324.74	\$515.48