

Plan de beneficios de servicio de Blue Cross® y Blue Shield®

www.fepblue.org



2026

Un plan de pago por servicio (Opciones FEP Blue Standard y FEP Blue Basic) con una Organización de Proveedores Preferidos

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 nuestra Información sobre el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, Federal Employees Health Benefits) para obtener más detalles. Este Plan está acreditado. Consulte la Sección 1.

IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Cambios para 2026: Página 15
- Resumen de Beneficios: Página 162

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.

Los empleados postales y beneficiarios de anualidades ya no son elegibles para este plan (a menos que actualmente se encuentren en la Continuación temporal de la cobertura)

Códigos de inscripción para este Plan:

- Opción Estándar 104: Individual únicamente
- Opción Estándar 106: Individual + Uno
- Opción Estándar 105: Individual y Familia
- Opción Básica 111: Individual únicamente
- Opción Básica 113: Individual + Uno
- Opción Básica 112: Individual y Familia



Federal Employees
Health Benefits Program

Autorizado para su distribución por:



Oficina de Administración de Personal
de los Estados Unidos

Atención de la salud y seguros
<http://www.opm.gov/insure>

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

La Oficina de Administración de Personal (OPM, Office of Personnel Management) ha determinado que se espera, en promedio, que la cobertura de medicamentos recetados del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield pague el mismo monto que pagará la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare para todos los participantes del plan, y se considera Cobertura Acreditable. Esto significa que no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare ni pague de más por la cobertura de beneficio de medicamentos recetados. 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

Sin embargo, si elige inscribirse en la Parte D de Medicare, puede mantener su cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales coordinará los beneficios con Medicare.

Recuerde: Si es titular de beneficios y cancela su cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, no podrá reinscribirse en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

Aviso

Si pierde o abandona su cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y transcurren 63 días o más sin que tenga una cobertura de medicamentos recetados que sea equivalente, por lo menos, a la cobertura de medicamentos recetados 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 de la Parte D de Medicare, su prima siempre será, por lo menos, un 19 % más alta de lo que pagan muchas otras personas. Tendrá que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente “Período de Elección Coordinada Anual” (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirse en la Parte D de Medicare.

Beneficios para personas con bajos ingresos de Medicare

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

Puede obtener más información acerca de los planes y la cobertura de medicamentos recetados 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.

Prima adicional para miembros con ingresos altos de Medicare

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA)

El monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, Income-Related Monthly Adjustment Amount) de Medicare es un monto que puede pagar además de su prima del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales para inscribirse y mantener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. **Esta prima adicional se aplica solo a aquellas personas con ingresos más altos y se ajusta en función de los ingresos informados en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Service).** No realiza ningún pago del IRMAA a su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Consulte la Sección IRMAA de la Parte D del sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans> para ver si estaría sujeto a esta prima adicional.

Índice

Introducción.....	4
Lenguaje sencillo.....	4
¡Detenga el fraude de atención de la salud!.....	4
La ley prohíbe la discriminación	5
Cómo evitar errores médicos.....	6
Información sobre el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales	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 Beneficios de Salud para Empleados Federales.....	9
• Tipos de inscripción disponibles para usted y su familia.....	9
• Cobertura para los miembros de la familia	10
• Ley de Equidad para los Niños	11
• Cuándo comienzan los beneficios y las primas.....	11
• Cuando se jubila.....	12
Cuándo pierde los beneficios.....	12
• Cuándo termina la cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.....	12
• Al divorciarse.....	12
• Continuación temporal de la cobertura (TCC).....	12
• 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
Contamos con 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 reclamaciones son confidenciales.....	16
Sección 2. Cambios para 2026	17
Cambios en nuestra Opción Estándar solamente	17
Cambios en nuestra Opción Básica únicamente	17
Cambios en nuestras Opciones Estándar y Básica.....	19
Sección 3. Cómo obtener atención	20
Tarjetas de identificación.....	20
Dónde obtener la atención cubierta	20
Protección contra la facturación de saldo	20
• Proveedores profesionales cubiertos	20
• Centros de salud proveedores cubiertos.....	21
Qué debe hacer para obtener la atención cubierta.....	23
• Atención de transición	23
• Si está hospitalizado cuando comienza su inscripción	24
Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios	24
• Admisión en el hospital como paciente hospitalizado, admisión en el centro de tratamiento residencial como paciente hospitalizado o admisión en el centro de enfermería especializada	24
• Otros servicios	25
• Cirugía realizada por proveedores No participantes en la Opción Estándar	28
Cómo solicitar una precertificación para una admisión u obtener aprobación previa para <i>Otros servicios</i>	28
• Reclamaciones de atención médica no urgente.....	28

• Reclamaciones de atención de urgencia.....	29
• Reclamaciones de atención simultánea	29
• Admisión para hospitalización de emergencia.....	29
• Atención por maternidad.....	29
• 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 de la reclamación previa al servicio.....	30
• Para que se reconsideré una reclamación de atención médica no urgente	30
• Para que se reconsideré una reclamación de atención de urgencia	30
• Para presentar una apelación ante la Oficina de Administración de Personal.....	30
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 asignación y la factura	33
Aviso importante sobre facturación sorpresa: conoce sus derechos	36
Sus costos por otra atención	36
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.....	38
Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS)	38
Sección 5. Beneficios	40
Sección 5. Descripción general de las Opciones Estándar y Básica	42
Beneficios que no son del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales disponibles para los miembros del Plan.....	155
Sección 6. Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos	156
Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos	158
Sección 8. El proceso de reclamaciones en disputa	162
Sección 9. Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura.....	165
Cuando tiene otra cobertura de salud.....	165
• TRICARE y CHAMPVA.....	166
• Compensación del trabajador.....	166
• Medicaid	167
Cuando otros organismos del gobierno son responsables de su atención	167
Cuando otras personas son responsables de las lesiones	167
Cuando tiene el Plan de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP)	168
Ensayos clínicos	169
Cuando tiene Medicare.....	169
• El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B)	169
• Infórmenos sobre su cobertura de Medicare	170
• Contrato privado con su médico	171
• Medicare Advantage (Parte C).....	171
• Cobertura de medicamentos recetados por Medicare (Parte D).....	171
• Plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare bajo el plan Employer Group Waiver Plan (PDP EGWP).....	172
• Cobertura de medicamentos recetados por Medicare (Parte B).....	172
Si tiene 65 años o más y no tiene Medicare.....	173
Médicos que renuncian a Medicare	175

Si tiene el Plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambas)	175
Sección 10. Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto	177
Índice	187
Resumen de Beneficios de la Opción Estándar del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2026	190
Resumen de beneficios para la Opción Básica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2026	192
Información sobre las tarifas para 2026 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield	198

Introducción

Este folleto describe los beneficios del **Plan de Beneficios de Servicio Opción FEP Blue Standard y FEP Blue Basic 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. Si es sordo, tiene discapacidades auditivas o del habla, o necesita comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda, visite nuestro sitio web, www.fepblue.org, o comuníquese con su plan local al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta o TTY 711. Si necesita proveedores de Lenguaje de señas estadounidense (ASL, American Sign Language), visite www.fepblue.org/provider para acceder a nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales).

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

750 9th Street NW
Washington, DC 20001-4524

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 Individual + Uno o Individual y Familia, cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios. No tiene derecho a recibir los beneficios que estuvieron disponibles antes del 1.^º de enero de 2026, a menos que dichos beneficios también se incluyan en este folleto.

La Oficina de Administración de Personal negocia los beneficios y las tasas para cada plan anualmente. Los cambios de beneficios entran en vigencia el 1.^º de enero de 2026, y se resumen en la Sección 2. Las tarifas figuran en la contraportada de este folleto.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 Oficina de Administración de Personal investiga todas las acusaciones de fraude, derroche y abuso en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, independientemente de la agencia de la que sea empleado o de la que se haya jubilado.

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

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

- Evite usar proveedores de atención de la salud que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturárnoslo para que este se pague.
- Lea detenidamente las declaraciones de explicaciones de beneficios (EOB, explanations of benefits) que le proporcionamos.
- Revise su historial de reclamaciones 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 (FEP, Federal Employee Program) 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 familiar en su póliza a las siguientes personas:
 - A su excónyuge después de una sentencia de divorcio o de una anulación de carácter definitivo (incluso si una orden judicial estipula lo contrario)
 - A su hijo mayor de 26 años (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento antes de los 26 años)
- Una aseguradora 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales.
- Si tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad de un familiar, consulte a su oficina de personal si es empleado, a su oficina de jubilación (como la Oficina de Administración de Personal) si es jubilado o al Centro Nacional de Finanzas si está inscrito en la Continuación temporal de la cobertura (TCC, Temporary Continuation of Coverage).
- 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 una reclamación para obtener beneficios del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, 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 sea elegible.
- Si su inscripción continúa después de la fecha en que deja de ser elegible para recibir cobertura (es decir, se ha separado del servicio federal) y no se pagan las primas, será responsable de todos los beneficios pagados durante el período en el que no se pagaron las primas. Es posible que el proveedor le facture los servicios recibidos. Puede ser enjuiciado por fraude por utilizar deliberadamente beneficios del seguro de salud por los que no ha pagado las primas. Es su responsabilidad conocer cuando usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar su cobertura de seguro de salud.

La ley prohíbe la discriminación

Cumplimos con las leyes federales de no discriminación aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo ni información genética. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética.

Los beneficios de salud descritos en este folleto concuerdan con las leyes aplicables que prohíben la discriminación. Todas las decisiones de cobertura se basarán en estándares y criterios no discriminatorios. Los rasgos o características protegidos de un individuo no se usarán para denegar beneficios de salud para artículos, suministros o servicios que, de otro modo, están cubiertos y se determina que son médicaamente necesarios.

Nosotros:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporcionan servicios gratuitos relacionados con el idioma a personas cuya lengua principal no es el inglés, por ejemplo:
 - 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, religión, sexo, embarazo o información genética, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles de su Plan Local. Puede presentar su 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 (HHS, Health and Human Services), ante la Oficina de Administración de Personal o ante las Aseguradoras del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

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 del miembro. Para TTY, marque el 711.

Cómo evitar errores médicos

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

Tome estas medidas sencillas:

1. Haga preguntas si tiene dudas o inquietudes.

- Haga preguntas y asegúrese de comprender las respuestas.
- Elija a un médico con quien se sienta cómodo para hablar.
- Lleve a un familiar o un amigo para que le ayude 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, incluida 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.
- Comprender tanto los nombres genéricos como los nombres de marca de todos sus medicamentos es importante. Esto ayuda a asegurar que no reciba dosis dobles por tomar tanto un genérico como un medicamento de marca del mismo medicamento. También ayuda a evitar que tome medicamentos a los que es alérgico.

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

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

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

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

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

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

Enlaces de seguridad del paciente

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

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

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

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

Tenemos una política de pago de beneficios que alienta a los hospitales a reducir la posibilidad de afecciones adquiridas en el hospital, como ciertas infecciones, fracturas y escaras graves, y a reducir errores médicos que nunca deberían haber sucedido. Cuando ocurre un evento de este tipo, ni usted ni el Plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 miembros o 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 el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales

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 (MEC, Minimum Essential Coverage). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (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 Beneficios de Salud para Empleados Federales**

Visite www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare para obtener información sobre la inscripción, así como:

- Información acerca del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales, debe comunicarse directamente con su aseguradora para obtener actualizaciones y hacer preguntas sobre su cobertura de beneficios.

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

La cobertura Individual únicamente es solo para el miembro. La cobertura Individual + Uno es para el miembro y otro miembro elegible de la familia. La cobertura Individual y 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 menores de 26 años, incluido cualquier niño en adopción temporal para los que la oficina de empleo o jubilación autorice la cobertura. En algunas circunstancias, también podrá prorrogar la cobertura para un hijo discapacitado que tenga 26 años o más y no pueda mantenerse por sí solo.

Si tiene cobertura Individual únicamente, puede cambiar a la cobertura Individual + Uno o Individual y Familia si se casa, tiene un hijo o incorpora un niño a su familia. Puede cambiar su inscripción

desde 31 días antes y hasta 60 días después de ocurrido ese hecho. La inscripción Individual + Uno, o Individual y 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 Individual + Uno o Individual y Familia porque se casa, el cambio entra en vigencia el primer día del período de pago que comienza, luego de que su oficina de empleo reciba su formulario de inscripción. Ninguno de los beneficios estará disponible hasta que contraiga matrimonio. Una aseguradora 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales.

Comuníquese con su oficina de empleo o jubilación si desea cambiar de Individual únicamente a Individual + Uno o Individual y Familia. Si tiene una inscripción Individual y Familia, puede comunicarse con nosotros para agregar un familiar.

Su oficina de empleo o jubilación **no** le notificará cuando un familiar deje de ser elegible para recibir beneficios de salud. 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. Le enviaremos un aviso por escrito 60 días antes de que cancelemos proactivamente la inscripción de su hijo a la medianoche de su cumpleaños número 26, a menos que su hijo sea elegible para la continuación de la cobertura porque es incapaz de recibir apoyo debido a una discapacidad física o mental que comenzó antes de los 26 años.

Si usted o un miembro de su familia están inscritos en un plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, usted o esa persona no pueden estar inscritos ni tener cobertura como miembro de la familia de otro miembro en virtud de otro plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales o del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB, Postal Service Health Benefits).

Si tiene un evento de vida elegible (QLE, qualifying life event), como matrimonio, divorcio o nacimiento de un hijo, fuera de la Inscripción Abierta de Beneficios Federales, es posible que sea elegible para inscribirse en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, cambiar su inscripción o cancelar la cobertura. Para obtener una lista completa de los QLE, visite el sitio web del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 inscripción Individual y Familia son su cónyuge (incluido su cónyuge por matrimonio de hecho válido si reside en un estado que reconozca los matrimonios de hecho) e hijos según lo descrito a continuación. La cobertura Individual + Uno 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.

Hijos en custodia

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 firma una certificación que establezca que el niño en adopción temporal reúne todos los requisitos. Comuníquese con la oficina de Recursos Humanos o el sistema de jubilación para obtener más información.

Hijos incapaces de ganar su propio sustento

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 Oficina de Administración de Personal implementa la Ley de Equidad para los Niños (Children's Equity Act) del año 2000 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Esta ley exige que esté inscrito en la cobertura Individual + Uno o Individual y Familia en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 Individual + Uno o Individual y 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, su oficina de empleo le inscribirá en la cobertura Individual + Uno o Individual y Familia, según corresponda, en la opción de plan nacional más económica, según lo determine la Oficina de Administración de Personal.
- Si tiene cobertura Individual únicamente en un plan de pago por servicio o en una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, Health Management Organization) que presta servicios en el área donde viven sus hijos, su oficina de empleo cambiará su inscripción a cobertura Individual + Uno o Individual y 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 Individual + Uno o Individual y Familia, según corresponda, en la opción de plan nacional más económica, según lo determine la Oficina de Administración de Personal.

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 Beneficios de Salud para Empleados Federales, no podrá cancelar su inscripción, cambiar su cobertura a Individual únicamente ni cambiarse a un plan que no preste servicios en el área donde viven sus hijos, a menos que presente documentación que demuestre que tiene otra cobertura para sus hijos.

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

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

Los beneficios que se describen en este folleto entran en vigencia el 1.^º de enero. Si se inscribe en este Plan durante la Inscripción Abierta, su cobertura comienza el primer día de su primer período de pago, que empieza el 1.^º de enero o después de esa fecha. **Si cambió de plan o de opciones de plan durante la Inscripción Abierta y recibió atención entre el 1.^º de enero y la fecha de entrada en vigencia de su cobertura en virtud de su nuevo plan o nueva opción, sus reclamaciones se procesarán de acuerdo con los beneficios para 2026 de su plan u opción anterior.** Si ha alcanzado (o pagado el costo compartido que da lugar a que alcance) el desembolso directo máximo en virtud del plan u opción anterior, no pagará el costo compartido por los servicios cubiertos entre el 1.^º de enero y la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en virtud de su nuevo plan u opción. Sin embargo, si su plan anterior abandonó el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales al finalizar el año 2025, está cubierto en virtud de los beneficios para 2025 de ese plan hasta la fecha de 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 de entrada en vigencia de su cobertura.

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

- **Cuando se jubila**

Cuando se jubila, a menudo, puede continuar en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Por lo general, debe haber estado inscrito en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales**

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

- Cuando su inscripción termine, a menos que la cancele.
- Cuando sea un miembro de la familia que deja de ser elegible para recibir cobertura.

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

Puede ser elegible para recibir cobertura de equidad para el cónyuge o asistencia con la inscripción en una póliza de conversión (una póliza individual que no pertenece al Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales). 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 usted es un afiliado y su divorcio o anulación es definitiva, su excónyuge no puede seguir teniendo cobertura como familiar conforme a su inscripción en la cobertura Individual + Uno o Individual y Familia. Debe comunicarse con nosotros para informarnos la fecha del divorcio o anulación y solicitarnos que retiremos a su excónyuge. Podemos solicitar una copia de la sentencia de divorcio como prueba. Para cambiar el tipo de inscripción, debe comunicarse con su oficina de empleo o jubilación. No se realizará un cambio automáticamente.

Si se casó con un afiliado y su divorcio o anulación es definitiva, no puede permanecer cubierto como familiar 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 Oficina de Administración de Personal, <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events/memy-family/im-separated-or-im-getting-divorced/#url=Health>. Es posible que solicitemos que usted verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los familiares que figuran como cubiertos en virtud de la inscripción del miembro en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

- **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 inscrito en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales cuando se jubila, si pierde su empleo federal o si es un hijo cubierto y cumple 26 años, independientemente del estado civil, etc.

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

- **Cómo buscar cobertura de reemplazo**
- **Mercado de Seguros Médicos**

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

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

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

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. 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.

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

Sección 1. Cómo funciona este plan

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

La Oficina de Administración de Personal exige que algunos planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales estén acreditados para validar que las operaciones del Plan o la administración de la atención médica cumplan con los estándares reconocidos a nivel nacional. Los Planes y proveedores locales que respaldan el Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield cuentan con acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, National Committee for Quality Assurance) o de la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC, Utilization Review Accreditation Commission). 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

Contamos con una Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Nuestro plan de pago por servicio ofrece servicios a través de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, Preferred Provider Organization). Esto significa que determinados hospitales y otros proveedores de atención médica 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 Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, www.opm.gov/insure.

En la Opción Estándar, los beneficios de la PPO (Preferidos) se aplican únicamente cuando 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 Sección 3 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 una reclamación por los servicios cubiertos. Cada Plan Local celebra un contrato con hospitales y otros centros de atención médica, médicos y otros profesionales de atención médica en su área de servicio, y es responsable de procesar y pagar las reclamaciones 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 una cantidad negociada específica 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 una reclamación. 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 reclamaciones por usted. Han acordado no facturarle por los servicios cubiertos por un valor mayor al de su deducible, coseguro o copagos aplicables. 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 asignación 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 reclamaciones. Nosotros le pagaremos nuestros beneficios y usted deberá pagarle al proveedor.

Debe pagar cualquier diferencia entre el monto que cobran los proveedores no participantes y nuestra asignación (excepto en determinadas circunstancias; consulte la Ley de No Sorpresas [NSA, No Surprises Act] en la Sección 4). 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 Sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Nota: En las áreas de Planes Locales, los proveedores Preferidos y los proveedores participantes que nos contratan aceptarán el 100 % de la asignación del 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 Oficina de Administración de Personal. Determinados programas piloto pueden incluir beneficios que sean diferentes de los descritos en este folleto. Por ejemplo, determinados programas piloto pueden revisar la asignación del Plan para los proveedores no participantes descritos en la Sección 10 de este folleto.

Sus derechos y responsabilidades

La Oficina de Administración de Personal requiere que todos los planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales proporcionen cierta información a sus miembros del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. El sitio web del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales de la Oficina de Administración de Personal, www.opm.gov/insure, enumera los tipos específicos de información que debemos poner a su disposición. Parte de la información obligatoria se incluye a continuación.

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

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

Por ley, tiene derecho a acceder a su información de salud protegida (PHI, protected health information). 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 reclamaciones son confidenciales

Mantendremos la confidencialidad de su información médica y de sus reclamaciones. Podemos usar información de registros médicos agregados que no divulgue su identidad para investigación o educación médica de buena fe.

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

Sección 2. Cambios para 2026

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 solamente

- Ya no hay un beneficio reducido de farmacia minorista preferida de Nivel 1 (medicamentos genéricos) para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria. Pagará el mismo costo compartido que aquellos que están inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que no tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria cuando se compran en una farmacia minorista preferida. (Consulte la página 102).
- Ya no hay un copago reducido del Nivel 1 (medicamentos genéricos) para el Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo para los miembros inscritos en nuestro programa de medicamentos recetados regular que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria. Pagará el mismo costo compartido que aquellos inscritos en nuestro programa regular de medicamentos recetados que no tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, cuando se compran a través del Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo. (Consulte la página 104).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, ahora usted es responsable del 15 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$150 por un medicamento de Nivel 2 (medicamento de marca preferido) comprado a través del Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo. (Consulte la página 104).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, ahora usted es responsable del 20 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$250 por un medicamento de Nivel 3 (medicamento de marca no preferido) obtenido a través del Programa de medicamentos recetados de servicio de pedido por correo. (Consulte la página 104).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su copago del Nivel 4 (medicamento Especializado preferido) será de \$100 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$300 por un suministro de 31 a 90 días), cuando se compra a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados. (Consulte la página 105).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su copago del Nivel 5 (medicamento Especializado No Preferido) será de \$150 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$450 por un suministro de 31 a 90 días), cuando se compra a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados. (Consulte la página 105).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos recetados, ciertos medicamentos para el control del asma según nuestro Nivel 2 (medicamentos de marca Preferidos) ahora tienen solo un copago de \$35 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$105 por un suministro de 31 a 90 días) cuando se compran en una farmacia minorista preferida. (Consulte la página 105).

Cambios en nuestra Opción Básica únicamente

- Su costo compartido para anticonceptivos orales y transdérmicos ahora es el 35 % de la asignación del plan cuando se obtienen de un proveedor preferido y se brinda atención por motivos distintos a la anticoncepción. (Consulte la página 49).
- Su costo compartido para los servicios reproductivos ahora es el 35 % de la asignación del plan cuando se obtiene de un proveedor preferido. (Consulte la página 50).
- Su costo compartido para determinados servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros) ahora es el 35 % de la asignación del plan cuando se obtiene de un proveedor preferido. (Consulte la página 54).
- Su costo compartido para dispositivos protésicos y ortopédicos ahora es el 35 % de la asignación del plan cuando se obtiene de un proveedor preferido. (Consulte la página 56).
- Su costo compartido para el equipo médico duradero (DME, durable medical equipment) ahora es el 35 % de la asignación del plan cuando se obtiene de un proveedor preferido. (Consulte la página 57).
- Su costo compartido para suministros médicos ahora es el 35 % de la asignación del plan cuando se obtiene de un proveedor preferido. (Consulte la página 58).
- Su copago por una admisión como paciente hospitalizado ahora es un copago de \$425 por día por hasta \$2,975. (Consulte las páginas 75, 76, 82, 83, 94 y 95).

- No se aplicará el copago asociado con los cargos incurridos durante el parto si da a luz en un Centro para la Maternidad Blue Distinction. (Consulte la página 75).
- Su copago por servicios de observación de pacientes ambulatorios realizados y facturados por un hospital o establecimiento ambulatorio independiente ahora es un copago de \$425 por día por hasta \$2,975. (Consulte la página 78).
- Su costo compartido para medicamentos para pacientes ambulatorios, dispositivos médicos y equipo médico duradero facturado por un centro preferido ahora es el 35 % de la asignación del plan. (Consulte la página 81).
- Su costo compartido para los servicios y suministros de la sala de emergencias de un hospital para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, los análisis de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por el hospital, ahora es un copago de \$425 por día por centro. (Consulte las páginas 89 a 91).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 2 (medicamentos de marca Preferidos) ahora es del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$150) por cada compra de un suministro de hasta 30 días (máximo de \$400 para un suministro de 31 a 90 días). (Consulte la página 102).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que también tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 2 (medicamentos de marca Preferidos) ahora es del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$100) por cada compra de un suministro de hasta 30 días (máximo de \$300 para un suministro de 31 a 90 días). (Consulte la página 103).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 2 (medicamentos de marca Preferidos) comprado a través del Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo es ahora el 35 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$225. (Consulte la página 104).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos) comprado a través del Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo es ahora el 35 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$250. (Consulte la página 104).
- Su costo por el beneficio reducido de venta minorista de Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos) para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria ahora es el 60 % de la asignación del plan para cada compra de un suministro de hasta 90 días. (Consulte la página 102).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 4 (medicamentos Especializados Preferidos) obtenido en una farmacia minorista preferida es ahora del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$250) para una compra de un suministro de hasta 30 días. (Consulte la página 102).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen a la Parte B de Medicare como su cobertura primaria, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 4 (medicamentos Especializados Preferidos) obtenido en una farmacia minorista preferida es ahora del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$200) para una compra de un suministro de hasta 30 días. (Consulte la página 103).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 4 (medicamentos Especializados) obtenido del Programa de farmacias de medicamentos Especializados ahora es del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$250) limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días (máximo de \$700 por un suministro de 31 a 90 días). (Consulte la página 105).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que también tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, su responsabilidad por un Nivel 4 (medicamentos Especializados Preferidos) ahora es del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$200) para una compra de un suministro de hasta 30 días (máximo de \$450 para un suministro de 31 a 90 días) cuando se obtiene a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados. (Consulte la página 105).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su responsabilidad por un Nivel 5 (medicamentos Especializados No Preferidos) obtenido en una farmacia minorista preferida es ahora del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$500) para una compra de un suministro de hasta 30 días. (Consulte la página 102).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, su responsabilidad por un medicamento de Nivel 5 (medicamentos Especializados No Preferidos) obtenido en una farmacia minorista preferida ahora es del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$450) limitado a un suministro de hasta 30 días. (Consulte la página 103).
- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia, su responsabilidad por un Nivel 5

(medicamentos Especializados No Preferidos) obtenido a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados ahora es el 35 % de la asignación del plan (máximo de \$500) limitado a un suministro de hasta 30 días (\$850 por un suministro de 31 a 90 días). (Consulte la página 105).

- Para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia que tienen la Parte B de Medicare como cobertura primaria, su responsabilidad por un Nivel 5 (medicamentos Especializados No Preferidos) ahora es del 35 % de la asignación del plan (máximo de \$450) limitado a un suministro de hasta 30 días (máximo de \$625 por un suministro de hasta 90 días) cuando se obtiene a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados. (Consulte la página 105).
- Su costo compartido para los medicamentos recetados y suministros cubiertos que no se obtienen en una farmacia minorista o a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados ahora es el 35 % de la asignación del plan. (Consulte la página 118).
- Su costo compartido para tratar una lesión dental accidental ahora es del 35 % de la asignación del plan. (Consulte la página 120).
- Su costo compartido para los servicios de transporte en ambulancia terrestre ahora es de \$250 de copago por día y su costo compartido para los servicios de transporte en ambulancia aérea o marítima ahora es de \$750 de copago por día. (Consulte la página 86).
- Su costo compartido para análisis de laboratorio (como análisis de sangre y análisis de orina), servicios de patología y ECG ahora es un coseguro del 20 %. (Consulte las páginas 40 y 80).
- El copago por servicios de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, como control cardiovascular, EEG, estudios del sueño en el hogar/sin supervisión, ecografías, pruebas neurológicas, radiografías (incluida la configuración de equipo de radiografía portátil), ahora es de \$75. (Consulte la página 79).

Cambios en nuestras Opciones Estándar y Básica

- Se requerirá aprobación previa para las pruebas genéticas cuando la prueba se realice para evaluar el riesgo de transmitir una afección genética a un niño, o cuando el miembro no tenga enfermedad activa ni signos o síntomas de la enfermedad que se está evaluando. No se requiere aprobación previa cuando un miembro tiene una enfermedad activa, signos y síntomas de una afección genética que podría transmitirse a un niño, o cuando la prueba es necesaria para determinar un curso de tratamiento para una enfermedad. Si no está seguro de si su prueba genética requiere autorización previa, llame al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación antes de programarla. (Consulte la página 23).
- Ahora se requiere aprobación previa para procedimientos ortopédicos quirúrgicos electivos no urgentes para pacientes ambulatorios en la cadera, la rodilla y la columna vertebral. (Consulte la página 23).
- Su costo compartido para anticonceptivos orales y transdérmicos cuando estén relacionados con anticonceptivos ahora será de \$0 cuando se obtengan de una fuente que no sea el programa de medicamentos de farmacia. (Consulte la página 49).
- Ya no se requerirá aprobación previa para la atención en un centro de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios. (Consulte las páginas 84 a 86).
- Su máximo en situaciones catastróficas de medicamentos recetados del FEP de Medicare ahora es de \$2,100. (Consulte la página 110).
- Los servicios quirúrgicos y de farmacia relacionados con las modificaciones de los rasgos sexuales ya no están cubiertos por este programa. (Consulte la página 134).

Sección 3. Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación

Le enviaremos una tarjeta de identificación (ID) cuando se inscriba. Debe llevar su tarjeta de identificación con usted en todo momento. La necesitará siempre que reciba servicios de un proveedor cubierto o surta una receta a través de una farmacia minorista preferida. Hasta que reciba su tarjeta de identificación, utilice la copia del Formulario SF-2809 para Elección de Beneficios de Salud, la carta de confirmación de inscripción en el programa de beneficios de salud (para titulares de beneficios) o la carta de confirmación del sistema de inscripción electrónica (como Employee Express).

Si no recibe su tarjeta de identificación en el término de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, o si necesita tarjetas de reemplazo, llame al Plan Local que cubre la zona donde vive para solicitar que le asistan, o escríbanos directamente a la siguiente dirección: FEP® Enrollment Services, 840 First Street, NE, Washington, DC 20065. También puede solicitar tarjetas de reemplazo a través de nuestro sitio web www.fepblue.org.

Dónde obtener la atención cubierta

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.

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. Siga leyendo en esta sección para conocer las excepciones a este requisito.

Tanto con la Opción Básica como con la Estándar, también puede recibir atención para el tratamiento de afecciones agudas menores, atención dermatológica, asesoramiento para trastornos de salud conductual y por uso de sustancias y asesoramiento nutricional, utilizando los servicios de teleconsulta prestados por teléfono llamando al 855-636-1579, TTY: 711, o a través del servicio seguro de mensajería o video en línea en www.fepblue.org/telehealth.

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.

Protección contra la facturación de saldo

Las aseguradoras del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales deben tener cláusulas en sus acuerdos de proveedores dentro de la red (participantes). Estas cláusulas establecen que, para un servicio que es un beneficio cubierto en el folleto del plan o, en algunos casos, para servicios que no se consideran médicaicamente necesarios, el proveedor dentro 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.

• Proveedores profesionales cubiertos

Ofrecemos beneficios por los servicios de profesionales proveedores cubiertos, de conformidad con la Sección 2706(a) de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act, PHSA). Los profesionales proveedores cubiertos dentro de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. son profesionales de atención médica que proporcionan servicios cubiertos cuando prestan servicios dentro del alcance de su licencia o certificación en virtud de la ley estatal aplicable y proporcionan servicios de atención médica, facturan o reciben dinero por ellos en el curso normal de las actividades comerciales. Los servicios cubiertos deben prestarse en el estado donde el proveedor posee la licencia o certificación. **Si el estado no posee el requisito de licencia o certificación correspondiente, el proveedor debe cumplir con los requisitos del Plan Local.** 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.

Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los miembros que cumplen con las pautas de necesidad médica, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética.

Si tiene preguntas sobre los proveedores cubiertos, desea conocer los nombres de los proveedores

• **Centros de salud proveedores cubiertos**

(Preferidos) de la PPO o necesita un coordinador de atención para afecciones complejas, comuníquese con el Plan Local, donde se prestarán los servicios.

Los Centros de salud cubiertos incluyen aquellos que figuran a continuación cuando cumplen con los requisitos estatales de licencia o certificación correspondientes.

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

1. Dispone principalmente de instalaciones destinadas a servicios de diagnóstico y terapéuticos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención quirúrgicos y médicos de personas lesionadas o enfermas, a cargo de un equipo de médicos (MD, Medicine Doctor) con licencia o médicos osteópatas (DO, Doctor of Osteopathy) con licencia, o supervisados por estos, a cambio de un cargo pagado por sus pacientes como pacientes hospitalizados o ambulatorios.
2. Proporciona servicios profesionales de enfermeros registrados (RN, registered nursing) 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 excepcionales, ancianos, personas que sufren de trastornos por consumo de sustancias; ni como institución de cuidado custodial 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 residenciales (RTC, residential treatment centers) cuentan con una licencia del estado, distrito o territorio y pueden estar acreditados, donde corresponda, por una organización reconocida a nivel nacional para brindar tratamiento residencial para afecciones médicas, problemas de salud mental o trastornos por uso de sustancias. Los centros de atención médica acreditados (excluidos los hospitales, centros de enfermería especializada, hogares de grupo, centros de rehabilitación social y otros tipos de instalaciones similares) brindan evaluación residencial las 24 horas, tratamiento y servicios Especializados integrales relacionados con la salud mental, médica o física del individuo, o sus necesidades de terapia por trastorno por consumo de sustancias. Los RTC ofrecen programas para las personas que necesitan servicios de transición de corto plazo diseñados para lograr los resultados previstos que se centran en fomentar la mejora o la estabilidad en la salud funcional, física o mental, y que reconocen la individualidad, las fortalezas y las necesidades de las personas atendidas. Si tiene alguna pregunta con respecto a los tratamientos en un RTC o necesita ayuda para coordinar esta atención, comuníquese con nosotros al número de atención 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 Especializados, 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 químérico [CAR-T, chimeric antigen receptor T-cell therapy]), atención por maternidad y tratamiento y recuperación por uso 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 la Sección 5(c) para obtener información sobre los beneficios mejorados para pacientes hospitalizados y ambulatorios para cirugías bariátricas, de columna vertebral, rodilla y cadera realizadas en un centro Blue Distinction Center. Brindamos también beneficios mejorados para los servicios de trasplante cubiertos que se realizan en los centros designados de Blue Distinction Centers for Transplant según lo descrito en la Sección 5(b).

Para obtener una lista de Blue Distinction Centers, visite <https://www.bcbs.com/about-us/programs-initiatives/blue-distinction-specialty-care/centers-and-physicians-search>; 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 (NCI, National Cancer Institute) 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 (NIH, National Institutes of Health), 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 (FACT, Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy). 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 comunica 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 фактglobal.org.

Centro de enfermería especializada (SNF)

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

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

Para tener cobertura, la atención en un centro de enfermería especializada no puede ser atención de mantenimiento ni atención de custodia. El término “centro de enfermería especializada” no incluye ninguna institución que sea principalmente para la atención y el tratamiento de enfermedades mentales. Si tiene alguna pregunta con respecto a los tratamientos en un SNF o

necesita ayuda para coordinar esta atención, comuníquese con nosotros al número de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

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

Qué debe hacer para obtener la atención cubierta

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), *Servicios de emergencia/accidentes*
2. Atención profesional proporcionada en centros de salud Preferidos por radiólogos, anestesistas, enfermeros anestesistas certificados y titulados (CRNA, Certified Registered Nurse Anesthetists), 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, usted es el responsable del coseguro o el copago aplicables, y también puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.

• **Atención de transición**

Atención especializada: Puede continuar consultando a su especialista y recibiendo cualquier beneficio de PPO durante un máximo de 90 días si está recibiendo tratamiento por una afección crónica o incapacitante y pierde el acceso a su especialista porque:

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

Comuníquese con nosotros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o, si dejamos de pertenecer al Programa, comuníquese con su nuevo plan.

Si está embarazada y deja de tener acceso a su especialista por las circunstancias mencionadas anteriormente, puede continuar visitando a su especialista y los beneficios Preferidos continuarán hasta que finalice su atención de posparto, aunque esta supere los 90 días.

Nota: Si pierde el acceso a su especialista porque cambió su aseguradora o inscripción en la opción del plan, comuníquese con su nuevo plan.

Modificación de los rasgos sexuales: Si se encuentra a mitad del tratamiento en virtud de este Plan, dentro de un régimen quirúrgico o químico para la modificación de rasgos sexuales para la disforia de género diagnosticada, para los servicios por los que recibió cobertura en virtud del folleto del Plan 2025, puede solicitar una excepción para continuar con la atención para ese tratamiento. Si tiene alguna pregunta con respecto al proceso de excepción, comuníquese con nosotros al número de teléfono del servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de

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

miembro. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su excepción, consulte la Sección 8 de este folleto para conocer el proceso de reclamaciones en disputa. Las personas menores de 19 años no son elegibles para excepciones relacionadas con los servicios de tratamiento quirúrgico u hormonal en curso para la disforia de género diagnosticada.

Pagamos por los servicios cubiertos a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Sin embargo, si está en el hospital cuando comienza su inscripción en el Plan, llámenos de inmediato. Si aún no ha recibido su tarjeta de identificación 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales, le reembolsaremos los servicios cubiertos de su estadía en el hospital desde la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

Sin embargo, si se cambió de otro plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 le 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 Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, o si la Oficina de Administración de Personal decreta un cambio en la inscripción, esta disposición de continuación de cobertura no se aplicará. En dichos casos, los beneficios del familiar hospitalizado del miembro en virtud del nuevo plan comienzan en la fecha de entrada en vigencia de la inscripción.

Necesita aprobación previa del Plan para ciertos servicios

Los procesos de aprobación de reclamaciones previas al servicio para admisiones en el hospital como paciente hospitalizado (denominados precertificación) y para otros servicios (denominados aprobación previa) se detallan en esta sección. Una **reclamación previa al servicio** es cualquier reclamación, total o parcial, que requiere nuestra aprobación antes de que reciba atención o servicios médicos. En otras palabras, una reclamación de beneficios previa 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. 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 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. Siga leyendo esta sección para obtener información sobre la precertificación de una admisión para hospitalización de emergencia.

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 médica necesaria, no proporcionaremos beneficios de alojamiento ni comida, ni atención médica para pacientes hospitalizados; pagaremos únicamente los servicios y suministros médicos cubiertos que de otra manera son pagaderos para pacientes ambulatorios.

Advertencia:

Excepciones:	<p>No necesita precertificación en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo ingresan en un hospital fuera de los Estados Unidos, con la excepción de admisiones en centros de tratamiento residenciales y centros de enfermería especializada. • Cuenta con otra póliza grupal de seguro de salud que sea el pagador primario de la estadía en el hospital. • La parte A de Medicare es el pagador primario de la estadía en el hospital o centro de enfermería especializada.
	<p>Nota: Se requiere precertificación para trasplantes de órganos o tejidos cubiertos realizados en centros Blue Distinction Centers for Transplants, incluso si tiene otra póliza de seguro de salud grupal primaria o cobertura primaria de la Parte A de Medicare.</p>
	<p>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.</p>
	<p>Nota: La cirugía para obesidad grave 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 nuestra política médica, a fin de que los beneficios se proporcionen para la admisión y el procedimiento quirúrgico.</p>
• Otros servicios	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia genética e inmunoterapia celular como, por ejemplo, la terapia de linfocitos T con CAR y la terapia de receptor de linfocitos T. • Medicamentos cubiertos por beneficios médicos: se necesita aprobación previa para determinados medicamentos que se presentarán en una reclamación médica para el reembolso. Comuníquese con el número de servicio al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o visítenos en www.fepblue.org/medicalbenefitdrugs 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. • 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 (ABA, Applied Behavior Analysis) y los servicios relacionados, lo que incluye evaluaciones, valoraciones y tratamientos. • Pruebas genéticas: se requiere aprobación previa para las pruebas genéticas cuando la prueba se realiza para evaluar el riesgo de transmitir una afección genética a un niño, o cuando el miembro no tiene enfermedad activa ni signos o síntomas de la enfermedad que se está evaluando. No se requiere aprobación previa cuando un miembro tiene una enfermedad activa, signos y síntomas de una afección genética que podría transmitirse a un niño, o cuando la prueba es necesaria para determinar un curso de tratamiento para una enfermedad. Si no está seguro de si su prueba genética requiere autorización previa, llame al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación antes de programarla. • Audífonos: se requiere aprobación previa para recibir cobertura para audífonos • 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 procedimientos ortopédicos no urgentes electivos: cadera, rodilla y columna vertebral.
- Cirugía para obesidad grave
Nota: Los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave, realizado como paciente hospitalizado o ambulatorio, están sujetos a los requisitos prequirúrgicos que se enumeran en nuestra política médica en www.fepblue.org/legal/policies-guidelines.
- Cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente 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 con haz de protones:** se requiere aprobación previa para todos los servicios de terapia con haz de protones, excepto para miembros de 21 años de edad o menos, o cuando estén relacionados con el tratamiento de neoplasias del sistema nervioso, incluido el cerebro y la médula espinal; neoplasias malignas del timo; linfomas de Hodgkin y no Hodgkin.
- **Radiocirugía estereotáctica:** se requiere aprobación previa para todas las radiocirugías estereotácticas, excepto cuando estén relacionadas con el tratamiento de neoplasias malignas del cerebro y del ojo específicas del cuerpo coroideo y ciliar; neoplasias benignas de los nervios craneales, la glándula pituitaria, el cuerpo aórtico o los paraganglios; neoplasias del conducto craneofaríngeo y tumores del glomus yugular; neuralgias del trigémino, esclerosis temporal, ciertas afecciones epilépticas o malformaciones arteriovenosas.
- **Radioterapia corporal estereotáctica**
- **Servicios reproductivos:** se requiere aprobación previa para inseminación intracervical (ICI, intracervical insemination), inseminación intrauterina (IUI, intrauterine insemination), inseminación intravaginal (IVI, intravaginal insemination) y tecnologías de reproducción asistida (ART, assisted reproductive technologies).
- **Almacenamiento de esperma u óvulos:** se requiere aprobación previa para el almacenamiento de esperma y óvulos para personas que enfrentan infertilidad iatrogénica.
- **Trasplantes de órganos o tejidos:** 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.

Algunos **procedimientos de trasplante de órganos** indicados en la Sección 5(b) 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 transplantado. 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.

Algunos trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea que se indican en la Sección 5(b) deben realizarse en un centro de salud con un programa de trasplante acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT) o en un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center for Transplants o un Centro de Investigación del Cáncer.
Otros **procedimientos de trasplante que se indican en la Sección 5(b)** se deben realizar en un centro de salud acreditado por la FACT. Describimos estos tipos de centros anteriormente en esta sección.

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:** en la Sección 5(b) proporcionamos 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 sea elegible para ser incorporado en estos ensayos o que no existan ensayos disponibles en un centro Blue Distinction Center for Transplants para tratar su afección. Si el médico le ha recomendado que reciba un trasplante o que participe en un ensayo clínico de trasplantes, le recomendamos que se comunique con el Departamento de Administración de Casos 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 (IRB, Institutional Review Board) 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.

- **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 Servicio de Impuestos Internos.
- **Medicamento recetados y suministros: ciertos medicamentos recetados 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 la Sección 5(b) para obtener más información acerca de nuestro programa de aprobación previa para medicamentos recetados, que es parte de nuestro programa de Seguridad del paciente y control de calidad (PSQM, Patient Safety and Quality Monitoring).

Tenga 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 compre, incluso si los compra en una farmacia minorista preferida o a través de nuestro Programa de farmacias de medicamentos Especializados, y debe enviarnos los gastos en un formulario de reclamación. Las farmacias preferidas no presentarán estas reclamaciones en su nombre.

En la **Opción Estándar**, los miembros pueden utilizar nuestro programa de medicamentos recetados 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: Ni el Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo ni el Programa

de farmacias de medicamentos Especializados surtirá una receta de un medicamento 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 de uso médico cubiertos por el beneficio de farmacia requieren de aprobación previa.** Consulte 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 realizar médicos no participantes cuando el cargo por dicha cirugía sea de \$5,000 o más. Cuando se comunique 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 asignación del 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 esta sección como que requiere aprobación), incluso si el cargo es de \$5,000 o más. Si no llama a su Plan Local con anticipación a la cirugía, revisaremos su reclamación para proporcionar los beneficios para los servicios de acuerdo con los términos de su cobertura.

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

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 recibió. Le diremos qué información necesitamos para revisar la solicitud de cambio o ampliación.

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

- **Reclamaciones de atención de urgencia**

Si tiene una **reclamación 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 de la reclamación y le notificaremos nuestra decisión en el término de 72 horas, siempre y cuando recibamos información suficiente para completar la revisión. (Para presentar reclamaciones de atención médica simultánea que también son reclamaciones de atención de urgencia, consulte si es necesario extender su tratamiento más adelante en esta sección). Si solicita que revisemos su reclamación como una reclamación de atención de urgencia, revisaremos el documento que proporcione y decidiremos si es una reclamación 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 la reclamación para notificarle la información específica que necesitamos para completar nuestra revisión de la reclamación. A partir de entonces, tendrá hasta 48 horas para brindar la información necesaria. Tomaremos nuestra decisión sobre la reclamación 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 reclamación de atención de urgencia en apelación sea revisado en forma simultánea por nosotros y la Oficina de Administración de Personal. Comuníquenos que desea obtener una revisión simultánea de su reclamación de atención de urgencia de la Oficina de Administración de Personal, 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 Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 1 de la Oficina de Administración de Personal al 202-606-0727 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este (excepto los feriados), y pedir la revisión simultánea. Colaboraremos con la Oficina de Administración de Personal para que puedan revisar rápidamente su reclamación en apelación. Además, si no indicó que su reclamación era una reclamación de atención de urgencia, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si se determina que su reclamación es una reclamación de atención de urgencia, aceleraremos nuestra revisión (si todavía no hemos respondido a su reclamación).

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

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

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 *Advertencia en Admisiones en el hospital como paciente hospitalizado* anteriormente mencionada en esta sección y *Si es necesario extender su estadía en el hospital* a continuación).

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

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

- **Reclamaciones de atención simultánea**

- **Admisión para hospitalización de emergencia**

- **Atención por maternidad**

recién nacido permanece en el hospital después de que 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 estadía en el hospital 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 y RTC, usted, su representante, su médico o el hospital debe 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 médicaamente necesaria, pagaremos los beneficios para pacientes hospitalizados; pero
- por la parte de la admisión que no era médicaamente necesaria, pagaremos únicamente los suministros y servicios médicos que son pagaderos para pacientes ambulatorios y no pagaremos los beneficios para pacientes hospitalizados.

- **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 una reclamación de atención de urgencia, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos la reclamación.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la reclamación previa al servicio

Si tiene una **reclamación previa 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 reclamaciones de atención simultánea. (Si ya ha recibido el servicio, el suministro o el tratamiento, entonces su reclamación es una **reclamación posterior al servicio** y debe seguir todo el proceso para desacuerdos sobre reclamaciones que se detalla en la Sección 8). Si su reclamación se refiere a un anticonceptivo, llame al 800-624-5060.

- **Para que se considere una reclamación de atención médica no urgente**

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

En el caso de una **reclamación previa al servicio** y sujeta 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. Solicitarle más información a usted o a su proveedor.

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

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

- **Para que se considere una reclamación de atención de urgencia**

En el caso de una apelación de una reclamación de atención de urgencia previa al servicio, en el término de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el Paso 1 del proceso para desacuerdos sobre reclamaciones 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**

Después de que reconsideremos su **reclamación previa al servicio**, si no está de acuerdo con

**apelación ante la
Oficina de
Administración de
Personal**

nuestra decisión, puede solicitar a la Oficina de Administración de Personal que la revise si sigue el Paso 3 del proceso para desacuerdos sobre reclamaciones 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 una cantidad fija de dinero que paga al proveedor, al centro de salud, a la farmacia, etc., cuando recibe determinados servicios.

Ejemplo: si tiene la Opción Estándar, cuando consulta a su médico Preferido, paga un copago de \$30 por la visita al consultorio y luego, nosotros pagamos el saldo correspondiente al monto 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 la cantidad facturada (o la asignación del Plan que los proveedores que contratamos han acordado aceptar como pago total) es inferior a su copago, usted paga la cantidad 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 deba hacerse cargo de un copago aparte para algunos servicios.

Ejemplo: Si tiene la Opción Básica cuando visita el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital preferido para servicios de tratamiento no urgentes, generalmente, su copago es de \$250. Si también recibe una ecografía en el departamento de pacientes ambulatorios del mismo hospital el mismo día, no deberá hacerse cargo del copago de \$75 que generalmente se aplica a las ecografías.

Deducible

Un deducible es una cantidad fija 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 asignación del Plan para el servicio o suministro que luego pagará.

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 Individual + Uno, ambos miembros de la familia deben alcanzar el deducible individual. En virtud de una inscripción Individual + Familia, una persona puede pagar el deducible individual, o todos los deducibles individuales de todos los miembros de la familia se consideran pagados cuando los deducibles se combinan y el monto alcance \$700.

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

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 de entrada en vigencia de su nuevo plan es posterior al 1.^º de enero del año siguiente, no es necesario que comience un nuevo deducible según su plan anterior entre el 1.^º de enero y la fecha de entrada en vigencia de su nuevo plan. Si cambia

de plan en otro momento del año, debe comenzar con un nuevo deducible en su nuevo plan.

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

Coseguro

El coseguro es el porcentaje de la asignación del plan que debe pagar por su atención. Su coseguro se basa en la asignación del Plan o la cantidad facturada, lo que sea menor. **Únicamente en la Opción Estándar**, el coseguro no comienza hasta que alcanza su deducible por año calendario. Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre nuestros deducibles y beneficios en el extranjero.

Ejemplo: Usted paga el 15 % de la asignación del 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.

Si su proveedor habitualmente renuncia a su costo

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.

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).

Renuncias

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

Diferencias entre nuestra asignación y la factura

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

Con frecuencia, la factura del proveedor es más alta que la asignación de un plan de pago por servicio. Es posible que una factura del proveedor exceda la asignación del Plan por un monto significativo. Si debe pagar o no la diferencia entre nuestra asignación 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 excede nuestra asignación para los servicios cubiertos. Consulte las descripciones que aparecen a continuación para ver los tipos de proveedores disponibles en este Plan.

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

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 asignación 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 asignación de \$100 (\$15). Debido al acuerdo, su médico preferido no emitirá una factura por la diferencia de \$150 entre nuestra asignación 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: Usted consulta a un médico preferido que cobra \$250 por los servicios cubiertos sujetos a un copago de \$35. Si bien nuestra asignación puede ser de \$100, solo sigue pagando el copago de \$35. Debido al acuerdo, su médico preferido no emitirá una factura por la diferencia de \$215 entre su copago y la factura.

- **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, un ejemplo: Consulte a un médico participante que cobra \$250, pero la asignación del 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 asignación de \$100 (\$35). Debido al acuerdo, su médico participante no emitirá una factura por la diferencia de \$150 entre nuestra asignación y la factura.

- **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 llame al número de atención 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 asignación y los cargos de la factura (excepto en determinadas circunstancias descritas en la *Ley de No Sorpresas* más adelante en esta sección). Por ejemplo, consulta a un médico no participante que cobra \$250. La asignación del Plan es nuevamente \$100 y usted ha alcanzado su deducible. Es responsable de pagar su coseguro; por lo tanto, paga el 35 % de la asignación del 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 asignación 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.**

- **Recuerde que, en la Opción Básica, debe utilizar proveedores Preferidos para recibir beneficios. No hay beneficios por la atención proporcionada por proveedores participantes o no participantes. Consulte la Sección 3 para conocer las excepciones en la sección *Qué debe hacer para obtener atención cubierta.***

Los ejemplos que aparecen a continuación ilustran cuánto dinero deben pagar los miembros de la **Opción Estándar** como desembolso directo por los servicios prestados por proveedores Preferidos, proveedores participantes/miembros y proveedores no participantes/no miembros. El primer ejemplo muestra los servicios prestados por un médico y el segundo muestra la atención en centros de salud facturada por un centro de salud quirúrgico ambulatorio. En ambos ejemplos, ya 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 médica comienzan en la Sección 5(a) y la atención en un hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio comienza en la Sección 5(c).

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 asignación del Plan es \$100.

EJEMPLO

Médico preferido de la Opción Estándar

Cargo del médico: \$250

Nuestra asignación: La fijamos en: 100

Nosotros pagamos: el 85 % de nuestra asignación: 85

Usted debe: Coseguro: 15 % de nuestra asignación: 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 asignación: La fijamos en: 100

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 65

Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra asignación: 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 asignación: La fijamos en: 100

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 65

Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra asignación: 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 asignación (\$100), que pagaría en su totalidad.

También debe consultar la sección *Aviso importante sobre la facturación sorpresa: conozca sus derechos* en esta sección 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 asignación del Plan es de \$2,900 cuando los servicios se prestan en un centro de salud preferido o miembro, y la asignación del 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 asignación: La fijamos en: 2,900

Nosotros pagamos: el 85 % de nuestra asignación: 2,465

Usted debe: Coseguro: 15 % de nuestra asignación: 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 asignación: La fijamos en: 2,900

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 1,885

Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra asignación: 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 asignación: La fijamos en: 2,500

Nosotros pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 1,625

Usted debe: Coseguro: 35 % de nuestra asignación: 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. Es responsable de pagar todos los gastos sobre su asignación, 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 (NSA) es una ley federal que le brinda protecciones contra la “facturación sorpresa” y la “facturación de saldo” para cuidado de emergencia fuera de la red; cuidado que no es de emergencia fuera de la red proporcionados con respecto a una visita a un centro de atención médica participante; y servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

Una factura sorpresa es una factura inesperada que recibe por:

- cuidado de emergencia, cuando tiene poca o ninguna opinión con respecto al centro de salud o al proveedor de quien recibe atención;
- cuidados que no son de emergencia prestados por proveedores no participantes con respecto a las visitas de pacientes a centros de atención de la salud participantes;
- servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de servicios de ambulancia aérea 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.

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 las reclamaciones 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 \$35 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 Sección 3 en *Qué debe hacer para obtener atención cubierta*.

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 protegerlo de los costos de atención médica imprevistos. Cuando sus gastos de desembolso directo elegibles alcanzan esta cantidad máxima de protección contra gastos catastróficos, ya no tiene que pagar los costos compartidos asociados durante el resto del año calendario. Para inscripciones Individual + Uno e Individual y Familia, cuando un miembro de la familia cubierto alcanza el desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos Individual únicamente durante el año calendario, las reclamaciones de ese miembro ya no estarán sujetas 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 (consulte a continuación).

Montos máximos de la Opción Estándar:

Monto máximo del proveedor Preferido: para una inscripción Individual únicamente, su desembolso directo máximo para su deducible, el coseguro y el copago elegibles es de \$6,000 cuando utiliza proveedores Preferidos. Para una cobertura Individual + Uno o Individual y 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 información que aparece más arriba en esta sección), cuentan para estos límites.

Monto máximo del proveedor no Preferido: para una inscripción Individual únicamente, su desembolso directo máximo para su deducible, el coseguro y el copago elegibles, es de \$8,000 cuando utiliza proveedores No Preferidos. Para una cobertura Individual + Uno o Individual y 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 Individual únicamente, su desembolso directo máximo para el coseguro y el copago elegible es de \$7,500 cuando utiliza proveedores Preferidos. Para una inscripción Individual + Uno o Individual y Familia, su desembolso directo máximo para estos tipos de gastos es de \$15,000 cuando usa 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 asignación del Plan y la cantidad facturada. Consulte la información anterior en esta sección.
- 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 ambulatoria 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 deba 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 deba pagar en las situaciones en las que nosotros pagamos la atención proporcionada por los proveedores No Preferidos. Consulte la Sección 3, Qué debe hacer para obtener atención cubierta, para conocer las excepciones al requisito de usar proveedores Preferidos.

Si el medicamento recetado de su proveedor permite la sustitución genérica y usted selecciona un medicamento de marca, sus gastos por la diferencia en el costo compartido no se contemplan para su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos (consulte la Sección 5[f] para obtener más información).

Transferencia

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

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

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

Si cambia las opciones del Plan durante el año, acreditarímos 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 Individual únicamente a Individual + Uno o Individual y 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 recetados 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 sea 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 médica (HCFSA, health care flexible spending account): reembolsa al participante de la FSA por gastos de desembolso directo elegibles de atención de la salud (como copagos, deducibles, fármacos y medicamentos de venta libre, gastos dentales y de la vista, y mucho más) para el participante y sus dependientes para fines de impuestos, incluidos los hijos adultos (hasta el fin del año calendario en el que cumplen 26 años).

El Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles ofrece reembolso sin trámites para su HCFSA a través de una serie de planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales (FEDVIP, Federal Employees Dental/Vision Insurance Program). Esto significa que cuando usted o su proveedor presenten reclamaciones ante su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales o del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles reembolsará automáticamente sus desembolsos directos elegibles según la información de la reclamación que reciba de su plan.

Sección 5. Beneficios

Consulte la Sección 2 para ver cómo cambiaron nuestros beneficios este año y hacia el final del folleto para obtener un resumen de los 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 médica.....	43
Servicios de diagnóstico y tratamiento	44
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico.....	46
Atención preventiva, para adultos	47
Atención preventiva, para niños	51
Atención por maternidad	53
Planificación familiar	56
Servicios de reproducción.....	57
Atención de alergias	58
Terapias de tratamiento.....	59
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva	61
Servicios para la audición (pruebas, tratamiento y suministros).....	62
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros).....	62
Atención de los pies.....	63
Dispositivos protésicos y ortopédicos.....	64
Equipo médico duradero (DME)	65
Suministros médicos.....	67
Servicios de salud a domicilio	67
Servicios de salud a domicilio (continuación)	68
Tratamiento de manipulación	68
Tratamientos alternativos.....	69
Clases y programas educativos	69
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica	71
Procedimientos quirúrgicos	72
Cirugía reconstructiva.....	73
Cirugía bucal y maxilofacial.....	75
Trasplantes de órganos y tejidos	76
Anestesia.....	83
Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital u otro centro de salud, y servicios de ambulancia	85
Hospital para pacientes hospitalizados	86
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios.....	89
Atención especializada Blue Distinction®	94
Centro de tratamiento residencial	95
Beneficios de atención prolongada/beneficios de atención en centros de enfermería especializada	96
Atención en un centro de cuidados paliativos.....	97
Ambulancia.....	100
Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes	102
Lesión producida en un accidente.....	103
Emergencia médica.....	104
Ambulancia.....	106
Sección 5(e). Beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.....	107
Servicios profesionales	108
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados.....	109

Centro de tratamiento residencial	109
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios.....	110
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios (continuación).....	111
No cubierto (pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios).....	111
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados.....	112
Medicamentos y suministros cubiertos.....	132
Sección 5(g). Beneficios dentales.....	141
Beneficio para lesiones producidas en un accidente.....	141
Beneficios dentales	142
Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales	146
Herramientas de salud	146
Servicios para personas sordas y con problemas de audición.....	146
Acceso a la web para personas con problemas de la vista	146
Beneficio para viajes/servicios en el extranjero.....	146
Healthy Families.....	146
Programa para el control de la diabetes	147
Evaluación de salud de Blue.....	147
Programa de incentivos de atención del embarazo	148
Limitación anual de incentivos	148
Cuenta de reembolso para miembros de la Opción Básica inscritos en la Parte A y B de Medicare	148
MyBlue® Customer eService.....	149
National Doctor & Hospital Finder	149
Programas de administración de servicios médicos.....	149
Opción de beneficios flexibles.....	149
Servicios de telesalud	150
La aplicación móvil de fepblue.....	151
Programa de control de la pérdida de peso	151
Sección 5(i). Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero	152
Beneficios que no son del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales disponibles para los miembros del Plan	155

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 reclamación, asesoramiento sobre cómo presentar una reclamación 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 las reclamaciones en su nombre. La Opción Estándar tiene un deducible por año calendario para algunos servicios y un copago de \$30 para visitas al consultorio de médicos de atención primaria (\$40 para especialistas). La Opción Estándar también incluye un Programa de farmacias minoristas, un Programa de medicamentos recetados de servicio de envío por correo, un Programa de farmacias de medicamentos Especializados y el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare.

Opción Básica

La Opción Básica no incluye un deducible por año calendario. La mayoría de los servicios están sujetos a copagos (\$35 para consultas con médicos de atención primaria y \$50 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 las reclamaciones en su nombre. La Opción Básica también ofrece un Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare, un Programa de farmacias minoristas y un Programa de farmacias de medicamentos Especializados. Los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare tienen acceso al Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo.

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

Información importante que 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 médicaamente necesarios.
- Consulte la Sección 3, *Cómo obtener atención*, para conocer los proveedores profesionales y otros profesionales de atención médica cubiertos.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención médica facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor o centro de salud factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención médica por su atención médica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con el centro de salud (es decir, el hospital u otro centro de salud para pacientes ambulatorios, etc.).
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usa 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 por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtienen de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Esta limitación de beneficios no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare o está inscrito en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare. Consulte la Sección 5(f) para obtener información sobre los surtidos de medicamentos Especializados 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.
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones Individual + Uno e Individual y Familia).
 - Ofrecemos beneficios al 85 % de la asignación del plan para servicios prestados en centros de salud Preferidos por radiólogos, anestesiistas, enfermeros anestesiistas certificados y titulados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio médico) que no sean Preferidos. Usted puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada. Consulte la Sección 4, NSA, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.
- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debe utilizar proveedores Preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y en la Sección 3 las excepciones a este requisito.**
 - Ofrecemos beneficios a los niveles de beneficios Preferidos para servicios prestados en centros de salud Preferidos por radiólogos, anestesiistas, enfermeros anestesiistas certificados y titulados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio del médico) que no sean Preferidos. Usted puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada. Consulte la Sección 4, NSA, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.

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 de diagnóstico y tratamiento	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios de médicos y otros profesionales de atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Asesoramiento genético • Segunda opinión para cirugía • Visitas a la clínica • Visitas al consultorio • Visitas a domicilio • Examen inicial de un recién nacido • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (Consulte la Sección 5(f) para conocer la cobertura de medicamentos recetados) • Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) <p>Nota: Consulte la Sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de estos servicios cuando son facturados por un centro de salud, como el departamento de atención ambulatoria de un hospital.</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Especialista preferido: copago de \$40 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</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 • Atención dermatológica <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: 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)</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios profesionales para pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la estadía cubierta en un hospital • Servicios por procedimientos no quirúrgicos cuando han sido indicados, proporcionados y facturados por un médico durante una admisión al hospital cubierta como paciente hospitalizado • Atención médica provista por el médico a cargo del paciente (el médico que es el responsable principal de su atención mientras está hospitalizado) en días en los que pagamos beneficios de hospital <p>Nota: Un médico asesor empleado por el hospital no es el médico a cargo del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas, cuando lo solicita el médico a cargo del paciente 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 médica adicional • Terapia física provista por un médico que no es el médico a cargo del paciente • Examen inicial de un recién nacido que requiere un tratamiento definitivo cuando esté incluido en la cobertura en virtud de una inscripción Individual + Uno o Individual y Familia • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5[c] para conocer nuestra cobertura de medicamentos que recibe mientras está en el hospital). • Segunda opinión para cirugía • Asesoramiento nutricional cuando sea facturada por un proveedor cubierto 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de rutina con excepción de los servicios de atención preventiva que se describen en esta sección</i> • <i>Costos asociados con la activación o el mantenimiento de las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores, telecomunicaciones no interactivas, como comunicaciones por correo electrónico o servicios de telesalud asíncronos de “almacenar y enviar”</i> • <i>Enfermería privada</i> • <i>Médicos de reserva</i> • <i>Consultas radiológicas de rutina y al personal requeridas por las normas y reglamentaciones del centro</i> • <i>Atención médica para pacientes hospitalizados, cuando su admisión al hospital o una parte de esta no esté cubierta (Consulte la Sección 5[c]).</i> <p><i>Nota: Si determinamos que la admisión al hospital no está cubierta, no proporcionaremos beneficios de alojamiento y comida para pacientes hospitalizados ni la atención médica para pacientes hospitalizados. Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los servicios o suministros cubiertos, excepto los beneficios de alojamiento y comida, y atención médica para pacientes hospitalizados en el nivel que los hubiéramos pagado si estos servicios se hubieran proporcionado al paciente en otro ámbito.</i></p>	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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: 20 % de la asignación del plan</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada además del coseguro Preferido que se enumera en este beneficio.</p> <p>Preferido: copago de \$40</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</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 asignación y la cantidad facturada, además del copago preferido que figura anteriormente.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 (se puede requerir aprobación previa; consulte la Sección 3) <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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</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 asignación y la cantidad facturada, además del copago preferido que figura anteriormente.</p>
<p>Atención preventiva, para adultos</p> <p>Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva para adultos de 22 años en adelante. Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre la prevención y reducción de riesgos de salud • Asesoramiento nutricional <p>Nota: Cuando el asesoramiento 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> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas/exámenes de atención preventiva <p>Nota: Consulte la definición de Atención preventiva, para adultos en la Sección 10 para conocer los servicios de detección de la salud.</p> <p>Los beneficios de la atención preventiva por cada servicio que se enumera a continuación se limitan a uno por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración e interpretación de un cuestionario sobre Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, Health Risk Assessment) (consulte la Sección <i>Definiciones</i>) <p>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.</p>	<p>Opción Estándar</p> <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 su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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>Opción Básica</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 su costo compartido 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 no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación 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>

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"> • 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 Papanicolaou de cuello de útero • Pruebas de cáncer colorrectal, que incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Colonoscopía, con o sin biopsia (consulte la Sección 5(b) para informarse sobre nuestros niveles de pago para colonoscopías diagnósticas) - Colonografía por tomografía computarizada (TC) - Análisis de ADN en muestras de heces - Enema de bario con doble contraste - Prueba de sangre oculta en la materia fecal - Sigmoidoscopía • 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 (PSA, Prostate Specific Antigen) • 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) <p>Mamografías de detección, incluidas mamografías que utilizan tecnología digital</p>	<p>Nota: Renunciamos a su monto de 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 asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Nota: Los beneficios no están disponibles para visitas/exámenes de atención preventiva, pruebas de laboratorio asociadas, colonoscopías 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> <p>Nota: Proporcionamos beneficios por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con las vacunas contra la influenza (gripe). Si usa un proveedor No participante, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía para detectar aneurisma aórtico abdominal para adultos de 65 a 75 años, limitado a una prueba única • Análisis de orina <p>Los siguientes servicios preventivos están cubiertos en el intervalo de tiempo recomendado en cada uno de los enlaces siguientes. También visítenos en www.fepblue.org y escriba “atención preventiva” para obtener información adicional sobre su cobertura preventiva.</p>	<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 su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</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 su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</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"> Vacunas para adultos avaladas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) según el cronograma del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, Advisory Committee on Immunization Practices), como COVID-19, neumococo, influenza, Herpes zóster (culebrilla), tétano, difteria y tos ferina, y virus del papiloma humano (VPH). Para obtener una lista completa de las vacunas, visite el sitio web en https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html. Nota: La concesión de licencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) 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. Las pruebas de detección con una recomendación A y B del Grupo de trabajo de los Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF, U.S. Preventive Services Task Force) incluyen cáncer, osteoporosis, depresión y presión arterial alta. Para obtener una lista completa de los exámenes de detección con una recomendación A y B cubiertos y las limitaciones de edad y frecuencia, visite el sitio web en https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations. 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 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) en https://www.hrsa.gov/womens-guidelines Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visite https://health.gov/myhealthfinder <p>Nota: Pagamos beneficios de atención preventiva en la primera reclamación 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 reclamaciones 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>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 de 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 asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación 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, colonoscopías 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> <p>Nota: Proporcionamos beneficios por servicios facturados por proveedores Participantes/No participantes relacionados con las vacunas contra la influenza (gripe). Si usa un proveedor No participante, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</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
<p>Nota: A menos que se indique lo contrario, los beneficios analizados en <i>Atención preventiva, para adultos</i> no se aplican a personas de 21 años o menos. (Consulte los beneficios en <i>Atención preventiva, para niños</i>, de esta sección).</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(b) para conocer los beneficios disponibles para la extirpación quirúrgica de mamas, ovarios, próstata cuando la prueba de detección revela una mutación de los genes BRCA: los beneficios de atención preventiva no están disponibles.</p> <p>Nota: Todo procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicio de radiografía realizado junto con un examen de rutina no incluido en la lista de servicios preventivos recomendados quedará sujeto a los copagos, coseguro y deducibles aplicables de los miembros.</p>	Consulte la página anterior	Consulte la página anterior
<p>El asesoramiento sobre obesidad, los exámenes de detección y la derivación a terapia de nutrición intensiva y conductual para la pérdida de peso, o el asesoramiento según las recomendaciones A y B del Grupo de trabajo de los Servicios Preventivos de los EE. UU., están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional ilimitado, incluido el asesoramiento nutricional a través de la red de proveedores de telesalud contratados • Visitas ilimitadas de asesoramiento sobre la prevención y reducción de riesgos de salud • Visitas ilimitadas de asesoramiento conductual individual y grupal para la obesidad • Programas ilimitados centrados en la familia cuando se identifican médicamente para respaldar la prevención y el manejo de la obesidad por parte de un proveedor dentro de la red <p>Nota: Los beneficios están disponibles para los medicamentos para la obesidad. Consulte la Sección 5(f).</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(b) para obtener información relacionada con los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave.</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluaciones de riesgos de salud autoadministradas (diferentes de la Evaluación de Salud de Blue)</i> • <i>Servicios de detección solicitados únicamente por el miembro, como las gammagrafías cardíacas, los rastreos corporales y las pruebas anunciados comercialmente y realizados en camionetas móviles</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></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"> • <i>Exámenes físicos</i> requeridos para obtener o continuar con el empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, hacer exámenes de atletismo o viajar. • <i>Medicamentos para viajar o exposición relacionada con el trabajo</i> Los beneficios médicos pueden estar disponibles para estos servicios. <p><i>Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto según se indica anteriormente en esta sección para el asesoramiento nutricional.</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. • Vacunas para niños avaladas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), las que incluyen DTaP/Tdap, poliomielitis, sarampión, paperas y rubéola (MMR) y varicela. Para obtener una lista completa de las vacunas, visite el sitio web en https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html. Nota: La concesión de licencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. puede restringir el uso de las vacunas enumeradas anteriormente a específicos rangos de edad, frecuencia u otras indicaciones específicas sobre el paciente. • También puede encontrar una lista completa de servicios de atención preventiva recomendada en virtud de las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) disponible en línea en https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visite https://health.gov/myhealthfinder. • Asesoramiento nutricional <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 	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 usa un proveedor No participante, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación 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
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de Papanicolaou de cuello de útero - Pruebas de virus del papiloma humano (VPH) de cuello de útero • 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 <p>Nota: Si su hijo recibe servicios preventivos y de diagnóstico de un proveedor preferido el mismo día, usted es responsable de pagar el costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p>		
<p>Nota: Cuando el asesoramiento 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, coseguro y deducibles aplicables de los miembros.</p>	Consulte la página anterior	Consulte la página anterior
<p>El asesoramiento sobre obesidad, los exámenes de detección y la derivación a terapia de nutrición intensiva y conductual para la pérdida de peso, o el asesoramiento según las recomendaciones A y B del Grupo de trabajo de los Servicios Preventivos de los EE. UU., están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional ilimitado, incluido el asesoramiento nutricional a través de la red de proveedores de telesalud contratados • Visitas ilimitadas de asesoramiento sobre la prevención y reducción de riesgos de salud • Visitas ilimitadas de asesoramiento conductual individual y grupal para la obesidad • Programas ilimitados centrados en la familia cuando se identifican médicaamente para respaldar la prevención y el manejo de la obesidad por parte de un proveedor dentro de la red <p>Nota: Los beneficios están disponibles para los medicamentos para la obesidad. Consulte la Sección 5(f).</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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, y según el estado contractual del centro de salud.</p>	<p>Preferido: nada Participante/no participante: usted paga todos los cargos</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>

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: Consulte la Sección 5(b) para obtener información relacionada con los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave.</p> <p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluaciones de riesgos de salud autoadministradas (diferentes de la Evaluación de Salud de Blue)</i> • <i>Servicios de detección solicitados únicamente por el miembro, como las gammagrafías cardíacas, los rastreos corporales y las pruebas anunciados comercialmente y realizados en camionetas móviles</i> • <i>Exámenes físicos requeridos para obtener o continuar con el empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, hacer exámenes de atletismo o viajar</i> • <i>Vacunas, refuerzos y medicamentos para viajar o exposición relacionada con el trabajo Los beneficios médicos pueden estar disponibles para estos servicios.</i> • <i>Consultas telefónicas y servicios de administración y evaluación médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto según se indica anteriormente para asesoramiento nutricional.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<p>Atención por maternidad</p> <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 y posparto (lo que incluye ecografías, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico) <p>Nota: Consulte la Sección 5(h) para conocer detalles sobre nuestro Programa de Incentivos de Atención del Embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto • 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 certificado y titulado (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 médicos, parteras, enfermeros Especializados o especialistas clínicos y especialistas en lactancia para cada parto 	<p>Opción Estándar</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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Opción Básica</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 \$425 por admisión. No se aplica este copago si usted da a luz en un Centro para la Maternidad Blue Distinction. Para obtener información sobre los servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, consulte las notas de la Sección 5(c).</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</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"> 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 utiliza 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 <i>Atención preventiva, para adultos</i>, anteriormente en esta sección para conocer nuestra cobertura de asesoramiento nutricional.</p> <p>Nota: Los beneficios de <i>Servicios de salud a domicilio</i> para visitas de atención de enfermería (especializada) domiciliaria relacionados con la atención por maternidad cubierta están sujetos a las limitaciones de visitas que se describen más adelante en esta sección.</p> <p>Nota: No se brindan beneficios de atención por maternidad para medicamentos recetados que se requieren durante el embarazo, con excepción de lo recomendado en la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Consulte la Sección 5(f) para conocer la cobertura de medicamentos recetados.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> No necesita precertificación para su parto; consulte la Sección 3 para obtener información sobre otras circunstancias, como la <i>extensión</i> de la estadía para usted o su recién nacido. <p>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 médicaamente necesario.</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 asignación del Plan para los servicios.</p>	<p>Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos No participantes, solo es responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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 Individual + Uno o Individual y 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>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>

Atención por maternidad (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención por maternidad (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Consulte la Sección 10 para obtener información sobre nuestra asignación 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 estadía en el hospital 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 Sección 5(b) para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión.</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, limitado a uno cada dos años 	Nada (sin deducible)	Nada
<p>Nota: Los beneficios para el sacaleches, las bolsas de almacenamiento de leche 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><i>Servicios no cubiertos:</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>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 como se indicó anteriormente</i> • <i>Suministros para lactancia distintos de los incluidos en el kit sacaleches descritos anteriormente, que incluyen ropa (p. ej., sostenedores para amamantar), biberones u otros artículos para la comodidad o conveniencia personal (p. ej., almohadillas para lactancia)</i> • <i>Terapia tocolítica y servicios relacionados, excepto según se describe anteriormente</i> • <i>Atención por maternidad para los miembros no inscritos en el Plan de Beneficios de Servicio</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Planificación familiar	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Una gama de servicios voluntarios de planificación familiar, sin costo compartido, que incluye al menos una forma de anticoncepción en cada una de las categorías de las pautas respaldadas por la HRSA. Esta lista incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos • Diafragmas y anillos anticonceptivos • Anticonceptivos inyectables • Dispositivos intrauterinos (DIU) • Implantes anticonceptivos • Salpingectomía • Procedimientos de ligadura de trompas u oclusión de trompas/obstrucción de trompas solamente • Vasectomía • Anticonceptivos orales y transdérmicos <p>Nota: También ofrecemos beneficios de servicios profesionales asociados con los procedimientos de ligadura/occlusión/obstrucción de trompas, la vasectomía y la prueba, la inserción, la implantación o el retiro de los anticonceptivos enumerados anteriormente, lo que incluye asesoramiento y atención de seguimiento, a los niveles de pago que aquí se indican. El beneficio anticonceptivo incluye al menos una opción en cada una de las categorías de anticoncepción respaldadas por la HRSA (así como la detección, educación y atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier cirugía de esterilización voluntaria que aún no esté disponible sin costo compartido a través del proceso de excepciones anticonceptivas. Simplemente visite www.fepblue.org, escriba planificación familiar y busque el formulario de excepción en nuestros servicios voluntarios de planificación familiar, o puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación y solicitar un formulario. Si tiene dificultades para acceder a la cobertura anticonceptiva u otra atención de la salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov.</p> <p>Nota: Cuando le factura un centro de salud por cualquier otro motivo que no sea anticoncepción, 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: Consulte la cobertura adicional de planificación familiar y de medicamentos recetados en la Sección 5(f).</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Planificación familiar (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Planificación familiar (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Anticonceptivos orales y transdérmicos Nota: Eximimos su costo compartido para anticonceptivos genéricos orales y transdérmicos cuando se usan para evitar la concepción. Cuando se utilizan para otros fines, usted paga el costo compartido que se ve aquí. <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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria</i> <i>Dispositivos anticonceptivos no descritos anteriormente</i> <i>Anticonceptivos de venta libre (OTC, Over-the-counter), excepto según lo descrito en la Sección 5(f)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Servicios de reproducción	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los miembros que cumplen con nuestra definición de infertilidad en la Sección 10 son elegibles para los siguientes servicios reproductivos una vez que se ha obtenido la aprobación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inseminación artificial (AI, Artificial Insemination) <ul style="list-style-type: none"> - Inseminación intracervical (ICI) - Inseminación intrauterina (IUI) - Inseminación intravaginal (IVI) <p>Nota: También brindamos los beneficios que se ven aquí cuando estos servicios son facturados por un centro para pacientes ambulatorios. Consulte la Sección 5(f) (Beneficios de medicamentos recetados) para conocer sus costos compartidos asociados con los medicamentos para los procedimientos de AI cubiertos.</p> <p>Preservación de la fertilidad para infertilidad iatrogénica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtención de esperma u óvulos, incluidas las reclamaciones médicas, quirúrgicas y de farmacia asociadas con la extracción. Criopreservación del esperma y los ovocitos maduros. Costos de almacenamiento de criopreservación durante un año. <p>Nota: Consulte otras secciones de este folleto para conocer los beneficios asociados con cualquier otro servicio realizado para diagnosticar y tratar la causa de la infertilidad.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Servicios reproductivos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios de reproducción (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Tecnologías de reproducción asistida (ART): los miembros que cumplen con nuestra definición de infertilidad en la Sección 10 son elegibles para los servicios de ART, limitados a \$25,000 pagados anualmente.</p> <p>Nota: También proporcionamos los beneficios que se ven aquí cuando son facturados por un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte la Sección 5(f), <i>Beneficios de medicamentos recetados</i>, para conocer sus costos compartidos y limitaciones para los medicamentos asociados con la IVF.</p> <p>Nota: Los procedimientos de AI cubiertos y los medicamentos asociados enumerados en esta sección, y los medicamentos recetados asociados con los procedimientos de ART no están sujetos al máximo anual de \$25,000.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) y cualquier cantidad que supere el máximo anual de \$25,000</p> <p>Participantes: 35 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) y cualquier cantidad que supere el máximo anual de \$25,000</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada y cualquier cantidad que supere el máximo anual de \$25,000</p>	<p>Todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Todos los gastos relacionados con el donante, incluidos, entre otros, el costo del esperma o los ovocitos del donante</i> • <i>Ligaduras de trompas de Falopio y reversiones de vasectomías</i> • <i>Servicios que no se determinan como necesarios desde el punto de vista médico</i> • <i>Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a individuos no inscritos en este Plan, incluidas las madres subrogadas</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Atención de alergias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de alergia • Tratamiento para alergias • Medicamentos sublinguales de desensibilización de alergia como los autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. <p>Nota: Consulte más arriba en esta sección para conocer el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).</p>

Atención de alergias (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención de alergias (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones para las alergias <p>Nota: Consulte más arriba en esta sección para conocer el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Nota: Por los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. Preferido: nada Participante/no participante: usted paga todos los cargos
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de cada vial de múltiples dosis de antígeno <p>Nota: Consulte más arriba en esta sección para conocer el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por vial de múltiples dosis de antígeno Especialista preferido: copago de \$50 por vial de múltiples dosis de antígeno Participante/no participante: usted paga todos los cargos (excepto según se indica a continuación).
<i>Servicios no cubiertos: pruebas de provocación de alimentos</i>	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Terapias de tratamiento	Opción Estándar	Opción Básica
Terapias de tratamiento para pacientes ambulatorios: <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 afeciones 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.</p> <p>Nota: Debe obtener la aprobación previa para determinados tratamientos de radioterapia. Consulte la Sección 3 para obtener más información.</p>	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita Especialista preferido: copago de \$50 por visita Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. Participante/no participante: usted paga todos los cargos

Terapias de tratamiento (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Terapias de tratamiento (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 a domicilio</i> más adelante en esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios • Terapia de rehabilitación pulmonar • Análisis conductuales aplicados (ABA) para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la Sección 3) <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>		
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para infusión para enfermedades autoinmunitarias: Remicade, Renflexis e Inflectra <p>Nota: Consulte arriba para conocer sus costos para terapia intravenosa (IV)/de infusión: terapia IV o de infusión a domicilio.</p>	<p>Preferido: 10 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
Terapias de tratamiento para pacientes hospitalizados:	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)	Preferido: nada
<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 afeciones 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la Sección 5[c] para conocer nuestra cobertura de medicamentos administrados en relación con estas terapias de tratamiento). • Análisis conductuales aplicados (ABA) para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la Sección 3) 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia de rehabilitación cognitiva <p>Nota: Cuando 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>	Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible) Especialista preferido: copago de \$40 por visita (sin deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada 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. Nota: Las visitas que paga mientras alcanza su deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.	Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita Especialista preferido: copago de \$50 por visita Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. Nota: Los beneficios se limitan a 50 visitas por persona, por año calendario para terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres. Participante/no participante: usted paga todos los cargos
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital durante una estadía cubierta como paciente hospitalizado</i> • <i>Terapia de rehabilitación para mantenimiento o paliativa</i> • <i>Programas de ejercicio</i> • <i>Equinoterapia e hipoterapia (ejercicio a caballo)</i> • <i>Terapia de masajes.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios para la audición (pruebas, tratamiento y suministros)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 <i>Dispositivos protésicos y ortopédicos</i> en esta sección.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición de rutina • Audífonos (excepto como se describe más adelante en esta sección) 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministros)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los beneficios se limitan a un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto recetados por incidente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para corregir una deficiencia causada directamente por un único incidente de lesión ocular producida en un accidente o cirugía intraocular. • Si la afección puede corregirse con cirugía, pero la cirugía no es una opción adecuada debido a la edad o a la afección médica. • Para el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para los niños desde el nacimiento hasta los 21 años. <p>Nota: Se proporcionan beneficios para refracciones solo cuando la refracción se realiza para determinar la receta para un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto suministrados por incidente como se describe anteriormente.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista relacionados con una afección médica específica. • Tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. 	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$30 (sin deducible)</p> <p>Especialista preferido: copago de \$40 (sin deducible)</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50 por visita</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
<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 más arriba 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.</p>	<p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anteojos, lentes de contacto, exámenes de rutina de la vista o pruebas de la vista para recetar o probar anteojos o lentes de contacto, excepto según se describe anteriormente</i> • <i>Marcos de lujo para anteojos o accesorios de lentes de contacto, como un recubrimiento especial, polarización, tratamiento contra rayos UV, etc.</i> • <i>Lentes intraoculares (IOL, intraocular lenses) multifocales, de acomodación, tóricos y otros lentes intraoculares premium, incluidos Crystalens, ReStor y ReZoom</i> • <i>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</i> • <i>LASIK, INTACS, queratotomía radial y otros servicios de cirugías de refracción</i> • <i>Refracciones, que incluyen aquellas realizadas durante un examen de la vista relacionado con una afección médica específica, excepto según lo descrito anteriormente</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Atención 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> que incluye 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 atención médica preferido: copago de \$30 por la visita al consultorio (sin deducible); 15 % de la asignación del plan para todos los otros servicios (se aplica el deducible)</p> <p>Especialista preferido: copago de \$40 por la visita al consultorio (sin deducible); 15 % de la asignación del plan para todos los otros servicios (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Atención de los pies (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención de los pies (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<i>Servicios no cubiertos: Cuidado de rutina de los pies, como cortar las uñas, retocar o quitar durezas, callos o el borde libre de las uñas de los pies, así como tratamientos similares de rutina de afecciones del pie, excepto según lo especificado anteriormente</i>	No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	
<i>Servicios no cubiertos: Cuidado de rutina de los pies, como cortar las uñas, retocar o quitar durezas, callos o el borde libre de las uñas de los pies, así como tratamientos similares de rutina de afecciones del pie, excepto según lo especificado anteriormente</i>	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
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 limitadas al tratamiento de la disfunción eréctil • 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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos para niños hasta los 22 años, con un límite de \$2,500 por año calendario • Audífonos para adultos de 22 años y mayores, con un límite de \$2,500 cada 5 años calendario <p>Nota: Los beneficios de los cargos de despacho de audífonos, las reparaciones, las pilas y los servicios de reparación se incluyen en el límite de beneficios que se describió anteriormente. Se requiere aprobación previa para los audífonos.</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 médicalemente necesarios, con un límite de \$5,000 por año calendario 	Cualquier monto superior a \$5,000 (sin deducible)	Cualquier monto superior a \$5,000

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"> Pelucas para la caída del cabello causada por el tratamiento del cáncer <p>Nota: Los beneficios para las pelucas se pagan al 100 % de la cantidad facturada, con un límite de \$350 por una peluca una vez.</p>	Cualquier monto superior a \$350 por una peluca una vez (sin deducible)	Cualquier monto superior a \$350 por una peluca una vez
<i>Servicios no cubiertos:</i>	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<ul style="list-style-type: none"> <i>Calzado (incluye zapatos para diabéticos)</i> <i>Ortesis de venta libre</i> <i>Soportes para arco</i> <i>Almohadillas para talón y taloneras</i> <i>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</i> <i>Audífonos de venta libre, accesorios, suministros o dispositivos de mejora de la audición (que incluyen controles remotos y paquetes de garantía) y audífonos cuando no obtuvo la aprobación previa</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Equipo médico duradero (DME)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Equipo médico duradero (DME) 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. 	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Preferido: 35 % de la asignación del plan Participante/no participante: usted paga todos los cargos
Cubrimos el alquiler o la compra del equipo médico duradero recetado, a nuestra opción, incluida la reparación y el ajuste. Entre los artículos cubiertos, se incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Equipos para diálisis en el hogar Equipos de oxígeno Camas de hospital Sillas de ruedas Muletas Andadores Aparatos de movimiento pasivo continuo (CPM, continuous passive motion) 		

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Equipo médico duradero (DME) (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos de craneoplastia ortótica dinámica (DOC, dynamic orthotic cranioplasty) • 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>		
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de generación del habla, con un límite de \$1,250 por año calendario 	Cualquier monto superior a \$1,250 por año (sin deducible)	Cualquier monto superior a \$1,250 por año
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Equipos de ejercicio y para el baño</i> • <i>Modificaciones, reemplazos o actualizaciones para vehículos</i> • <i>Modificaciones, mejoras o incorporaciones en el hogar</i> • <i>Elevadores, como elevadores de asientos, sillas o para camionetas</i> • <i>Asientos para automóvil</i> • <i>Suministros para la diabetes, excepto según lo descrito en la Sección 5(f) o cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario</i> • <i>Equipos de aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores y purificadores</i> • <i>Sacaleches, excepto según lo descrito anteriormente</i> • <i>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)</i> • <i>Equipos para fines estéticos</i> • <i>Terapia de oxigenación hiperbárica tópica (THBO, topical hyperbaric oxygen therapy)</i> • <i>Cargos asociados con garantías independientes o extendidas</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Suministros médicos	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos de uso médico y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas Nota: Consulte la Sección 10, <i>Definiciones</i>, para obtener más información sobre alimentos de uso médico. • Suministros para ostomía y catéteres • Oxígeno Nota: Cuando le factura un centro de enfermería especializada, una residencia con servicios de enfermería o un centro de salud para atención prolongada, pagamos beneficios conforme a lo aquí estipulado para oxígeno, según el estado contractual del centro de salud. • 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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fórmulas para bebés utilizadas como un sustituto de la leche materna</i> • <i>Suministros para diabéticos, excepto según se describe en la Sección 5(f), o cuando la Parte B de Medicare es la cobertura primaria, o está inscrito en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare.</i> • <i>Alimentos de uso médico administrados oralmente, excepto según lo descrito en la Sección 5(f)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Servicios de salud a domicilio <p>Atención de enfermería (especializada) a domicilio durante dos horas por día cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un enfermero titulado (RN, Registered Nurse) o auxiliar de enfermería con licencia (LPN, Licensed Practical Nurse) provee los servicios. • La atención es indicada por un médico. 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Nota: Los beneficios para la atención de enfermería domiciliaria están limitados a 25 visitas por persona por año calendario.</p>

Servicios de salud a domicilio (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios de salud a domicilio (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
	<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 alcanza su deducible por año calendario cuentan como parte del límite de visitas anuales.</p>	Participante/no participante: usted paga todos los cargos
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Atención de enfermería solicitada por el paciente o su familia, o para comodidad de este o su familia</i> • <i>Servicios utilizados principalmente para bañar, alimentar, ejercitarse, mover al paciente, hacer las tareas domésticas, administrar los medicamentos o acompañar o cuidar al paciente</i> • <i>Servicios proporcionados por un enfermero, asistente de enfermería, auxiliar de la salud u otra persona con licencia similar o sin licencia, facturados por un centro de enfermería especializada, centro de salud para atención prolongada o residencia con servicios de enfermería, excepto según lo descrito en la Sección 5(c) en Atención de enfermería especializada.</i> • <i>Enfermería privada</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
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>	Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Preferido: copago de \$35 por visita Nota: Los beneficios por tratamiento de manipulación osteopático y quiropráctico se limitan a un total combinado de 20 visitas por persona por año calendario. Participante/no participante: usted paga todos los cargos
	Nota: Los beneficios por tratamiento de manipulación osteopático y quiropráctico se limitan a un total combinado de 12 visitas por persona por año calendario. Nota: Las visitas de manipulación que paga mientras alcanza su deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.	

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Tratamientos alternativos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Acupuntura</p> <p>Nota: La acupuntura debe ser realizada y facturada por un proveedor de atención médica con licencia o certificación para realizar acupuntura emitida por el estado donde se prestan los servicios y que actúa dentro del alcance de dicha licencia o certificación. Consulte <i>Proveedores profesionales cubiertos</i> en la Sección 3.</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 Sección 5(b) para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para cirugías cubiertas.</p> <p>Nota: Consulte más arriba en esta sección para conocer nuestra cobertura para acupuntura cuando se realiza como anestesia para atención por maternidad cubierta.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 alcanza su deducible por año calendario cuentan como parte del límite citado anteriormente.</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Los beneficios por acupuntura se limitan a 12 visitas por año calendario.</p> <p>Nota: Usted paga el 35 % de la asignación del plan para medicamentos y suministros.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Biorregulación</i> • <i>Servicios de autoayuda o cursos de superación personal</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Clases y programas educativos	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para dejar de fumar y consumir tabaco <ul style="list-style-type: none"> - Orientación para dejar de fumar y consumir tabaco - Clases para dejar de fumar y usar tabaco <p>Nota: 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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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"> • Educación en diabetes <p>Nota: Consulte las referencias anteriores 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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Médico de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Clases y programas educativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Clases y programas educativos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios no cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios educativos u otros servicios de asesoramiento o capacitación, o de análisis conductual aplicado (ABA), cuando se presten como parte de una clase o programa de educación</i> • <i>Síndrome premenstrual (PMS, Premenstrual syndrome), lactancia, dolor de cabeza, trastorno alimenticio y otras clínicas educativas, a menos que se haya descrito anteriormente en esta sección como cubierto</i> • <i>Terapia recreativa o educativa, y toda prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital durante una estadía cubierta como paciente hospitalizado</i> • <i>Servicios prestados o facturados por una escuela o un centro de rehabilitación, o por un miembro de su personal</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

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

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicaamente necesarios.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, que incluye información útil sobre cómo funciona el sistema de costos compartidos. También lea la Sección 9 que incluye información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Basamos el pago en el hecho de que un centro de salud o un profesional de atención médica facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención médica por su atención quirúrgica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los cargos relacionados con un centro de salud (es decir, hospital, centro de cirugía, etc.).
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para los siguientes servicios quirúrgicos: cirugía para obesidad grave; cirugías electivas no urgentes de cadera, rodilla y columna vertebral y cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente 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 Sección 3 para obtener más información.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para todos los procedimientos quirúrgicos de trasplante de órganos; y si su procedimiento quirúrgico requiere hospitalización, DEBE OBTENER PRECERTIFICACIÓN. Consulte la información sobre aprobación previa y precertificación que figura en la Sección 3 para cerciorarse de cuáles son los servicios que necesitan aprobación previa o precertificación.**
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usa 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 por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtienen de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Esta limitación de beneficios no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare o está inscrito en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare. Consulte la Sección 5(f) para obtener información sobre los surtidos de medicamentos Especializados 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.
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones Individual + Uno e Individual y Familia).
 - Ofrecemos beneficios al 85 % de la asignación del plan para servicios prestados en centros de salud Preferidos por radiólogos, anestesistas, enfermeros anestesistas certificados y titulados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio médico) que no sean Preferidos. Usted puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada. Consulte la Sección 4, NSA, para obtener información sobre cuándo no es responsable de 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 Sección 3 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 en la Sección 3 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 certificados y titulados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de la sala de emergencias y asistentes de cirujano (incluidos los asistentes de cirujano en el consultorio del médico) que no sean Preferidos. Usted puede ser responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada. Consulte la Sección 4, NSA, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.

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.		
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 de rutina por parte del cirujano • Trasplantes de córnea • Corrección de ambliopía y estrabismo • Colonoscopía, con o sin biopsia <p>Nota: Se aplican beneficios de atención preventiva a los cargos profesionales para su primera colonoscopía cubierta del año calendario; Consulte la Sección 5(a).</p> <p>Proporcionamos beneficios como se describe aquí por procedimientos de colonoscopía 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 • 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. • Procedimientos para tratar la obesidad grave cuando cumpla con los criterios clínicos de nuestra póliza médica en www.fepblue.org/legal/policies-guidelines para cualquier cirugía inicial y posterior (se requiere aprobación previa). <p>Nota: Para los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar, consulte <i>Planificación familiar</i> en la Sección 5(a).</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 Sección 3 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 reclamación 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 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</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
<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 asignación para la combinación de procedimientos quirúrgicos múltiples 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 asignación por separado.</p>	Consulte la página anterior	Consulte la página anterior
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de esterilización voluntaria</i> • <i>Servicios de un médico de reserva</i> • <i>Tratamiento quirúrgico de rutina para afecciones del pie (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>Las cirugías relacionadas con la disfunción sexual (excepto en el caso de implante quirúrgico de una prótesis peneana para tratar un problema de disfunción eréctil)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<p>Cirugía reconstructiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una anomalía congénita • 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>Opción Estándar</p> <p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Opción Básica</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 reclamación para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Cirugía reconstructiva (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 erétil 	<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 Sección 3 para obtener más información.</p>	
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía estética: cualquier intervención quirúrgica o cualquier parte de un procedimiento llevado a cabo principalmente para mejorar el aspecto físico a través de un cambio en la forma del cuerpo, a menos que sea necesario debido a una anomalía congénita o para restablecer o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una lesión producida en un accidente, una enfermedad o una cirugía (no se incluyen las anomalías relacionadas con los dientes ni las estructuras que sostienen los dientes) (Consulte la Sección 5[d] para obtener información sobre Beneficios para lesiones producidas en un accidente).</i> • <i>Modificación de los rasgos sexuales: Si se encuentra a mitad del tratamiento en virtud de este Plan, dentro de un régimen quirúrgico o químico para la modificación de rasgos sexuales para la disforia de género diagnosticada, para los servicios por los que recibió cobertura en virtud del folleto del Plan 2025, puede solicitar una excepción para continuar con la atención para ese tratamiento. Si tiene alguna pregunta con respecto al proceso de excepción, comuníquese con nosotros al número de teléfono del servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte la Sección 8 de este folleto para conocer el proceso de reclamaciones en disputa. Las personas menores de 19 años no son elegibles para excepciones relacionadas con los servicios de tratamiento quirúrgico u hormonal en curso para la disforia de género diagnosticada.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
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 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 Sección 3 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>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 Sección 3 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 reclamación 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: 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>Consulte la página anterior</p>	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Cirugía bucal y maxilofacial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Cirugía bucal y maxilofacial (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantes y trasplantes bucales, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que incluyen los dientes o las estructuras que los sostienen (como la membrana periodontal, las encías y el hueso alveolar), excepto aquellos necesarios para tratar lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que incluyen implantes dentales o la preparación de la boca para el ajuste o uso permanente de dentaduras postizas, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)</i> • <i>Ortodoncia antes o después de una cirugía, o durante esta, excepto la ortodoncia asociada con la cirugía para corregir lesiones producidas en un accidente, como se describe específicamente más arriba y en la Sección 5(g)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los trasplantes de órganos sólidos o tejido están sujetos a la necesidad desde el punto de vista médico y al análisis experimental/de investigación. En el caso de los trasplantes de órganos sólidos indicados a continuación, debe obtener la aprobación previa del Plan Local para el procedimiento y una precertificación para el centro de salud. (Consulte la precertificación y aprobación previa en la Sección 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 pancreatectomía total o parcial) solo para pacientes con pancreatitis crónica 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 reclamación para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de trasplante de pulmón se limitan a trasplantes de ambos pulmones para miembros con fibrosis quística terminal. • Implantación de un corazón artificial como puente para un trasplante o una terapia de destino 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 reclamación 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>

Nota: **Los trasplantes de órganos sólidos** 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 transplantado.

Nota: 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.

Nota: 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.

Para todos los siguientes trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea se requiere aprobación previa y estos deben realizarse en un centro de salud con un programa de trasplante acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT) o en un centro de salud designado como centro Blue Distinction Center for Transplants o un Centro de Investigación del Cáncer. Consulte la Sección 3 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 para el diagnóstico según se indica a continuación:

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.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes alogénicos de células madre de la sangre o la médula ósea Limitados a los diagnósticos y las etapas que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfocítica o mieloide aguda (p. ej., promielocítica) • Neoplasia de células dendríticas plasmacitoides blástica • Leucemia linfocítica crónica (p. ej., leucemia prolinfocítica de células T, leucemia prolinfocítica de células B, leucemia de células pilosas) • Leucemia mieloide crónica • Hemoglobinopatía (p. ej., anemia de células falciformes, talasemia grave) • Linfoma de Hodgkin • Trastornos metabólicos hereditarios: Adrenoleucodistrofia, leucodistrofia de células globoides (leucodistrofia de Krabbe), leucodistrofia metacromática y mucopolisacaridosis tipo I (síndrome de Hurler) • IPEX: desregulación inmunitaria, poliendocrinopatía, enteropatía, síndrome ligado al cromosoma X • Insuficiencia de la médula ósea (p. ej., anemia aplásica, anemia de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna [PNH, Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria], aplasia pura de células rojas, trombocitopenia congénita, disqueratosis congénita) • Síndromes mielodisplásicos (MDS, myelodysplastic syndromes)/neoplasias mieloproliferativas (MPN, myeloproliferative neoplasms) (p. ej., leucemia mielomonocítica crónica [CMML, chronic myelomonocytic leukemia]) • Síndromes mielodisplásicos (MDS) • Neoplasias mieloproliferativas (MPN) (p. ej., policitemia vera, trombocitemia esencial, mielofibrosis primaria, síndromes hipereosinofílicos) • Linfoma no Hodgkin (p. ej., macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma de células B, linfoma de Burkitt) • Osteopetrosis 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 reclamación 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 y tejidos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de las células plasmáticas (p. ej., mieloma múltiple, amiloidosis, leucemia de células plasmáticas, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammopathía monoclonal y cambios en la piel [POEMS, Polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal gammopathy, and skin changes]) • Inmunodeficiencias primarias (p. ej., inmunodeficiencia combinada grave, síndrome de Wiskott-Aldrich, trastornos hemofagocíticos, síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X, neutropenia congénita grave, deficiencias de adhesión de leucocitos, inmunodeficiencia variable común, enfermedad granulomatosa crónica/trastornos de las células fagocíticas) • Mastocitosis sistémica agresiva 		
<p>Trasplantes autólogos de células madre de la sangre o la médula ósea limitados para el diagnóstico y las etapas tal como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia mieloide aguda • Autoinmune: limitado a: Artritis reumatoide idiopática (juvenil), esclerosis múltiple (tratamiento refractario que reaparece con alto riesgo de discapacidad futura) y esclerodermia/esclerosis sistémica • Tumores embrionarios del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., tumor teratoideo/rabdoide atípico, tumores neuroectodérmicos primitivos [PNET, primitive neuroectodermal tumor], meduloblastoma, pineoblastoma, ependimoblastomas) • Leucemia linfocítica crónica (p. ej., leucemia prolinfocítica de células T, leucemia prolinfocítica de células B, leucemia de células pilosas) • Sarcoma de Ewing • Tumores de células germinales (p. ej., tumores de células germinales testiculares) • Neuroblastoma de alto riesgo o recurrente • Linfoma de Hodgkin • Linfoma no Hodgkin (p. ej., macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma de células B, linfoma de Burkitt) • Osteosarcoma • Trastornos de las células plasmáticas (p. ej., mieloma múltiple, amiloidosis, leucemia de células plasmáticas, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammopathía monoclonal y cambios en la piel [POEMS, Polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal gammopathy, and skin changes]) • Tumor de Wilms 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 reclamación 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 y tejidos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea para los diagnósticos a continuación, únicamente cuando se realicen como parte de un ensayo clínico que cumpla con los criterios de aprobación previa del programa de trasplantes y los requisitos que figuran en las viñetas a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alotrasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad autoinmune: limitada a esclerodermia/esclerosis sistémica, lupus eritematoso sistémico, CIDP (polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica) y artritis reumatoide idiopática (juvenil) - Cáncer de mama - Tumores de células germinales - Neuroblastoma de alto riesgo o recurrente - Enfermedades metabólicas lisosomales: p. ej., mucopolisacardiosis tipo II (síndrome de Hunter); mucopolisacardiosis tipo IV (síndrome de Morquio); mucopolisacardiosis tipo VI (síndrome de Maroteaux-Lamy), enfermedad de Fabry, enfermedad de Gaucher 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación 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 reclamación para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Continúa desde la página anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma de células renales - Sarcoma: sarcoma de Ewing, rabdomiosarcoma, sarcoma de tejido blando • Trasplantes autólogos de células madre de la sangre o la médula ósea para: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad autoinmune: (p. ej., lupus eritematoso sistémico, CIDP [polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica], enfermedad de Crohn, polimiositis-dermatomiositis, artritis reumatoide) - Tumores gliales (p. ej., astrocitoma anaplásico, tumores del plexo coroideo, ependimoma, glioblastoma multiforme) - Sarcoma (p. ej., rabdomiosarcoma, sarcoma de tejido blando) 	<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>
<ul style="list-style-type: none"> • Requisitos para los trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea cubiertos únicamente en los ensayos clínicos: <ul style="list-style-type: none"> - Debe comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener aprobación previa (consulte la Sección 3). - El paciente debe estar debida y legalmente registrado en el ensayo clínico y cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del ensayo. - El ensayo clínico debe estar revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (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. 		

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 <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials>. 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 arriba, haremos los arreglos para que el trasplante se realice en un centro de trasplantes aprobado, si está disponible.

Aunque podamos indicar que los beneficios están disponibles para un tipo específico de ensayo clínico, es posible que no sea 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 busque ser incluido en un ensayo clínico. Si el médico le ha recomendado que participe en un ensayo clínico, le aconsejamos que se comunique con el Departamento de Administración de Casos en su Plan Local para obtener ayuda. Nota: Consulte la Sección 9 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con ensayos clínicos.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos	Opción Estándar	Opción Básica
Servicios relacionados con trasplantes: <ul style="list-style-type: none"> • Extracción o reinfusión de células madre de la sangre o la médula ósea como parte de un alotorrasplante o un autotrasplante cubierto 	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Preferido: copago de \$150 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en un consultorio Preferido: copago de \$200 por cirujano que realiza la operación por los procedimientos quirúrgicos en otros ámbitos

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

Trasplantes de órganos y tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Recolección, conservación inmediata y almacenamiento de células madre cuando se ha programado o se prevé un autotrasplante de células madre de la sangre o la médula ósea en un plazo adecuado para pacientes que, al momento de la recolección, tenían un diagnóstico de una de las afecciones que figuran en esta sección 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. • 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 esta sección 	Consulte la página anterior	Continúa desde la página anterior: Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente su reclamación para los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta sobre el lugar del servicio. 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. Participante/no participante: usted paga todos los cargos

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos y tejidos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Gastos médicos y de atención hospitalaria cubiertos del donante, cuando cubrimos al receptor • Suministros o servicios cubiertos proporcionados al receptor • Pruebas de detección del donante que no sean hermanos de padre y madre (como sin parentesco), para cualquier posible donante que sea hermano de padre y madre, y del donante real utilizado para el trasplante <p>Nota: 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>		

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 \$425 por día (\$2,975 máximo) conforme a la Opción Básica, por el período de trasplante. Consulte la Sección 10 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 la médula ósea (adultos y pediátricos) que figuran en esta sección
- Servicios de trasplante relacionados enumerados anteriormente

Beneficios de 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 Servicio de Impuestos Internos.

Nota: Debe obtener la aprobación previa para los beneficios de viajes (consulte la Sección 3).

Nota: Los beneficios para trasplantes de intestinos, páncreas, pulmones en pacientes pediátricos, y pulmón y corazón no se encuentran disponibles en los centros Blue Distinction Centers for Transplants.

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos	Opción Estándar	Opción Básica
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier trasplante no detallado como cubierto y los trasplantes para cualquier diagnóstico no enumerados como cubiertos • Pruebas de detección del donante y gastos de búsqueda de donantes, incluidos los gastos de traslado asociados, excepto lo que se define arriba • Implantes de órganos artificiales, incluidos aquellos implantados como puente para un trasplante o terapia de destino, excepto la implantación necesaria desde el punto de vista médico de un corazón artificial según lo descrito anteriormente • Alotrasplante de células de islote pancreático • Gastos de traslado relacionados con trasplantes cubiertos realizados en centros de salud que no sean centros Blue Distinction Centers for Transplants; gastos de traslado cuando no se ha obtenido la aprobación previa; gastos de traslado no incluidos dentro de las normas del Servicio de Impuestos Internos, como gastos de alimentos 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Anestesia	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Anestesia (incluida la acupuntura) para servicios médicos o quirúrgicos cubiertos cuando son solicitados por el médico a cargo del paciente y realizados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un enfermero anestesista certificado y titulado (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 quirúrgico ambulatorio • Centro de tratamiento residencial • Oficina 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Anestesia (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Anestesia (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</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 médicaamente necesarios.
- Asegúrese de leer 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.
- 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 esta sección. Consulte la Sección 10, *Definiciones* para obtener más información sobre estos tipos de servicios.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA** para los siguientes servicios: **estudios del sueño para pacientes ambulatorios, cirugía para obesidad grave; cirugías electivas no urgentes de cadera, rodilla y columna vertebral y cirugía necesaria para corregir lesiones producidas en un accidente 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 Sección 3 para obtener más información.
- 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 médica facture por los servicios o suministros. Observará que algunos beneficios están incluidos en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se pagan depende de qué tipo de proveedor o centro de salud factura el servicio.
- Los servicios que figuran en esta sección son para los cargos facturados por el centro de salud (es decir, el hospital o centro de cirugía) o servicio de ambulancia, por su cirugía o atención como paciente hospitalizado o ambulatorio. Todos los costos relacionados con los honorarios del profesional (es decir, médicos, etc.) se indican en las Secciones 5(a) o 5(b).
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usa 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 por categoría terapéutica de medicamento cuando se obtienen de un proveedor cubierto distinto de una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Esta limitación de beneficios no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare o está inscrito en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare. Consulte la Sección 5(f) para obtener información sobre los surtidos de medicamentos Especializados 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.
- **En la Opción Estándar:**
 - El deducible del año calendario es de \$350 por persona (\$700 para inscripciones Individual + Uno e Individual y Familia).
- **En la Opción Básica:**
 - **No hay deducible por año calendario.**
 - **Debe utilizar proveedores Preferidos para recibir beneficios.** Consulte la Sección 3 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. Es responsable de pagar los costos compartidos aplicables por los servicios prestados y facturados por el hospital.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Nota: El deducible por año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta Sección. Decimos “(Sin deducible)” cuando no se aplica el deducible.		
Hospital para pacientes hospitalizados	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Alojamiento y comida, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o en cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>Nota: Cubrimos una habitación privada solo cuando 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 asignación del Plan para su tipo de admisión. Consulte la Sección 10, <i>Definiciones</i>, para obtener más información.</p> <p>Consulte más adelante en esta sección y la Sección 5(e) para conocer 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 recetados • 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 • Asesoramiento 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 asignación del 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 asignación del 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 asignación del plan.</p>	<p>Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión</p> <p>Nota: Su responsabilidad por la atención por maternidad en un centro preferido, o centro de maternidad, se limita a un copago de \$425 asociado con los cargos incurridos durante el parto. No se aplica este copago si usted da a luz en un Centro para la Maternidad Blue Distinction.</p> <p>Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos</p>

Hospital para pacientes hospitalizados (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital para pacientes hospitalizados (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 esta sección. Consulte la Sección 10, <i>Definiciones</i> para obtener más información sobre estos tipos de servicios.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesita precertificación para su parto; consulte la Sección 3 para obtener información sobre otras circunstancias, como la extensión de la estadía para usted o su recién nacido. • Si necesita quedarse en el hospital más tiempo del programado inicialmente, cubriremos una extensión de la estadía si es médicaamente necesaria. Sin embargo, debe obtener precertificación para la extensión de la estadía. Consulte la Sección 3 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 la Sección 5(a) para conocer otros servicios cubiertos relacionados con la maternidad.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(a) 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. Siga leyendo esta sección para obtener más información.</p>	<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 asignación del 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 asignación del 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 asignación del plan.</p>	<p>Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión</p> <p>Nota: Su responsabilidad por la atención por maternidad en un centro preferido, o centro de maternidad, se limita a un copago de \$425 asociado con los cargos incurridos durante el parto. No se aplica este copago si usted da a luz en un Centro para la Maternidad Blue Distinction.</p> <p>Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos</p>

Hospital para pacientes hospitalizados (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital para pacientes hospitalizados (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios no cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admisión a centros de salud no cubiertos, como residencias con servicios de enfermería, centros de salud para atención prolongada, escuelas o centros de tratamiento residenciales (excepto según lo descrito en la Sección 5[e]) • Artículos para comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería • Enfermería privada • Gastos de alojamiento y comida en el centro cuando, a nuestro criterio, la admisión o parte de la admisión comprende lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado custodial o atención de largo plazo (consulte la sección Definiciones) - Atención de un paciente convaleciente o una cura de reposo - Atención a domicilio proporcionada debido a que no se dispone de atención en el hogar o a que esta es inadecuada • Cuidado no necesario desde el punto de vista médico, como, por ejemplo: <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 riesgo en un consultorio médico, en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o en otro ámbito, sin afectar negativamente su afección ni la calidad de la atención médica que recibe. 	Todos los cargos	Todos los cargos
<ul style="list-style-type: none"> - 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>Nota: Si determinamos que el tipo de admisión en el hospital es uno de los mencionados anteriormente, no proporcionaremos beneficios de alojamiento y comida para pacientes hospitalizados ni la atención médica para pacientes hospitalizados.</p> <p>Sin embargo, proporcionaremos beneficios por los servicios o suministros cubiertos, excepto los beneficios de alojamiento y comida, y atención médica para pacientes hospitalizados en el nivel que los hubiéramos pagado si estos servicios se hubieran proporcionado al paciente en otro ámbito. Los beneficios se limitan a la atención proporcionada por centros de salud proveedores cubiertos (consulte la Sección 3).</p>	Todos los cargos	Todos los cargos

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios quirúrgicos y de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Colonoscopía, con o sin biopsia <p>Nota: Los beneficios de atención preventiva se aplican a los cargos del centro de salud para su primera colonoscopía cubierta del año calendario. Consulte <i>Atención preventiva, para adultos</i> en la Sección 5(a). Proporcionamos beneficios de diagnóstico para los servicios relacionados con procedimientos de colonoscopía subsiguientes realizados en el mismo año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia intravenosa (IV)/terapia de infusión • Diálisis renal • Visitas al departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para servicios de tratamiento que no sean de emergencia • Educación en 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 <ul style="list-style-type: none"> • Otros suministros médicos, incluido el oxígeno • Implantes quirúrgicos <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección 5(d) para conocer nuestros niveles de pago por la atención relacionada con emergencias médicas o lesiones producidas en un accidente. • Consulte la Sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de servicios de planificación familiar. 	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: copago de \$250 por día por centro de salud</p> <p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para implantes quirúrgicos, agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención.</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
<ul style="list-style-type: none"> • Para conocer nuestra cobertura de visitas a la clínica en un hospital, consulte los beneficios profesionales que se describen en la Sección 5(a). • 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 según se describe más adelante en esta sección. • Para la atención en centros de salud para pacientes ambulatorios relacionada con la maternidad, incluida la atención ambulatoria 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 la Sección 5(a) para conocer otros servicios incluidos relacionados con la maternidad. • Consulte más adelante en esta sección para conocer los medicamentos, dispositivos médicos y los 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 ambulatoria 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 dentales</i>, para obtener información adicional sobre los beneficios.</p>	Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
<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 más adelante en esta sección para obtener información sobre los beneficios de las hospitalizaciones.</p> <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>	Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por la duración de los servicios (sin deducible) Centros de salud Miembros: copago de \$450 por la duración de los servicios, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) Centros de salud No miembros: copago de \$450 por la duración de los servicios, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago	Centros de salud Preferidos: copago de \$425 por día hasta \$2,975 Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de tratamiento y de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografías • Pruebas de densidad ósea • Resonancias magnéticas/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones • Medicina nuclear • Estudios del sueño en centros de salud (se requiere aprobación previa) • Pruebas genéticas (se puede requerir aprobación previa; consulte la Sección 3) 	Centros de salud Preferidos: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Centros de salud Preferidos: copago de \$250 por día por centro de salud Centros de salud Miembros: copago de \$250 por día por centro de salud Centros de salud No miembros: copago de \$250 por día por centro de salud, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención.
<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 ambulatoria 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>	Centros de salud Preferidos: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Centros de salud Preferidos: copago de \$75 por día por centro de salud Centros de salud Miembros: copago de \$75 por día por centro de salud Centros de salud No miembros: copago de \$75 por día por centro de salud, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada 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>Servicios de terapia y tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación cognitiva • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. 	Centros de salud Preferidos: copago de \$30 por día por centro de salud (sin deducible) Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)	Centros de salud Preferidos: copago de \$35 por día por centro de salud Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital o centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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. 	Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención.
Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud, limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca • Rehabilitación pulmonar • Análisis conductuales aplicados (ABA) para un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la Sección 3) 	Centros de salud Preferidos: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Centros de salud Preferidos: copago de \$35 por día por centro de salud 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. Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención. Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
Servicios de tratamiento y de diagnóstico para pacientes ambulatorios prestados y facturados por un centro de salud limitados a lo siguiente: <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 ambulatoria 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>	Centros de salud Preferidos: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Centros de salud Preferidos: 20 % de la asignación del plan Centros de salud Miembros: 20 % de la asignación del plan Centros de salud No miembros: 20 % de la asignación del plan, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada 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.

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>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 la Sección 5(a) • Pruebas de detección de cáncer que se enumeran en la Sección 5(a) y ecografía de detección para aneurisma aórtico abdominal <p>Nota: Consulte la Sección 5(a) 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 Sección 5(a) para conocer nuestros niveles de pago por servicios de atención preventiva cubiertos para adultos.</p>	<p>Nota: Usted paga un 35 % de la asignación del plan para agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención.</p> <p>Centros de salud Preferidos: nada</p> <p>Centros de salud Miembros/No miembros: nada para pruebas de detección de cáncer y ultrasonido de detección para aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para exámenes físicos de rutina en adultos, análisis de laboratorio asociados, colonoscopías o vacunas de rutina realizadas en centros de salud miembros o no miembros.</p>
<p>Medicamentos, dispositivos médicos y equipo médico duradero para pacientes ambulatorios facturados por un centro de salud, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos recetados • 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 ambulatoria 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>Nota: Se cubren determinados medicamentos autoinyectables solo cuando se dispensan en una farmacia en virtud del beneficio de farmacia.</p> <p>Estos medicamentos estarán cubiertos una vez por categoría terapéutica de medicamentos cuando los dispense un proveedor de beneficio que no sea una farmacia. Esta limitación de beneficios no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare o está inscrito en el Programa de medicamentos recetados de Medicare.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros de salud Preferidos: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Nota: También puede ser responsable de pagar un copago por día por centro de salud por otros servicios para pacientes ambulatorios enumerados en esta sección.</p> <p>Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos</p>

Descripción de los beneficios	Usted paga	
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 - Laminoplastía - 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>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</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.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre los centros 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</p>
<p>Servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios relacionados con procedimientos de cirugía bariátrica cubiertos específicos, cuando la cirugía se realiza en un centro de salud designado como un Blue Distinction Center for Bariatric Surgery.</p>	<p>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>

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 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 nuestras políticas médicas 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.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre los centros Blue Distinction Centers.</p>		
Centro de tratamiento residencial	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Se requiere una precertificación antes de la hospitalización.</p> <p>Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados proporcionada y facturada por un RTC cuando es médicaamente 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. <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 asignación del Plan (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión</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 custodial o atención de largo plazo (consulte la sección Definiciones); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado.</p> <p>Nota: Para obtener información sobre los servicios en centro de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios, Consulte la Sección 5(e).</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 asignación del Plan (sin deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión</p> <p>Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos</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>Nota: Se requiere la precertificación antes de la admisión (incluida la atención en el extranjero).</p> <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: Es posible que no se proporcionen beneficios para pacientes hospitalizados (como habitación y comida) si no se obtiene la precertificación antes de la admisión (consulte la Sección 3).</p>	<p>Centros de salud Preferidos: \$175 (sin deducible) por admisión</p> <p>Centros de salud Miembros: \$275 más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) por admisión</p> <p>Centros de salud No miembros: \$275 más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago, por admisión</p>	<p>Todos los cargos</p>
<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>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>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>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: Usted paga todos los cargos no pagados por Medicare luego del día 30.</p>	
<p>Nota: Consulte más arriba en esta sección 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 recetados.</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>Servicios no cubiertos:</i></p> <p><i>Teléfono; televisión; artículos de comodidad personal, como comidas y camas para acompañantes, servicios de belleza y barbería; salidas/viajes recreativos, transporte en silla de ruedas o camilla; transporte en ambulancia que no es de emergencia y que es solicitado, más allá del centro de salud más cercano adecuadamente equipado para tratar la afección del miembro, por el paciente o el médico para la continuidad de la atención u otra razón; cuidado custodial o atención de largo plazo (consulte la Sección Definiciones); y la atención domiciliaria proporcionada debido a que el cuidado en el hogar no está disponible o no es adecuado</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Atención en un centro de cuidados paliativos	Opción Estándar	Opción Básica
<p>La atención en un centro de cuidados paliativos 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 lo siguiente</p>	<p>Consulte lo siguiente</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>No se requiere aprobación previa para los beneficios de inscripción previos a los cuidados paliativos.</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 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 • Asesoramiento acerca de los cuidados paliativos y otras opciones de atención <p>Todos los servicios de cuidados paliativos deben ser facturados por una agencia autorizada como proveedor de cuidado de hospicios. 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), para obtener las listas de los proveedores Preferidos de centros de cuidados paliativos.</p> <p>Nota: Si la Parte A de Medicare es el pagador principal de la atención de cuidados de hospicios del miembro, nuestros beneficios se limitarán a los servicios aquí descritos.</p>	Nada (sin deducible)	Nada
<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>	Nada (sin deducible)	Nada
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Proporcionamos beneficios por los servicios de cuidados paliativos que figura a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de atención avanzada (consulte la Sección 10) • Asesoramiento sobre dietas • Alquiler de equipo médico duradero • Servicios médicos sociales • Suministros médicos • Atención de enfermería • Terapia de oxigenación • Visitas médicas periódicas 	Consulte la página siguiente	Consulte la página siguiente

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla relacionadas con la enfermedad terminal • Fármacos y medicamentos recetados • 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) 		
Cuidados paliativos tradicionales en el domicilio Visitas periódicas al domicilio del miembro para el manejo de la enfermedad terminal y para proporcionar atención limitada al paciente en su domicilio	Centros de salud Preferidos: nada (sin deducible) Centros de salud Miembros/No miembros: copago de \$450 por episodio (sin deducible)	Centros de salud Preferidos: nada Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
Cuidados paliativos continuos en el domicilio Servicios proporcionados en el domicilio durante un período de crisis, tales como ajustes frecuentes de los medicamentos para controlar síntomas o manejar un cambio significativo en la afección del miembro, que exijan un mínimo de 8 horas de atención durante cada período de 24 horas por parte de un enfermero titulado (RN) o auxiliar de enfermería con licencia (LPN).	Centros de salud Preferidos: nada (sin deducible) Centros de salud Miembros: copago de \$450 por episodio (sin deducible) Centros de salud No miembros: copago de \$450 por episodio, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago	Centros de salud Preferidos: nada Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
Atención en un centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados 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:	Centros de salud Preferidos: nada (sin deducible) Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible)	Centros de salud Preferidos: nada Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
<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. <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.</p>	Centros de salud Preferidos: nada (sin deducible) Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) Centros de salud No miembros: copago de \$450 por admisión, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago	Centros de salud Preferidos: nada Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios no cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de atención avanzada, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de atención en un centro de cuidados paliativos cubierto • Servicios domésticos 	Todos los cargos	Todos los cargos
Ambulancia <p>Servicios de transporte profesional en ambulancia desde o hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sean médicalemente 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 médicalemente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieran servicios de transporte.</p>	Opción Estándar Copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre (sin deducible) Copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea	Opción Básica Copago de \$250 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre Copago de \$750 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea
<p>Servicios de transporte profesional en ambulancia desde o hasta el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sean médicalemente necesarios, y cuando se relacionen con una lesión producida en un accidente</p> <p>Nota: También cubrimos la atención de emergencia médicalemente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieran servicios de transporte.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa para todas las instancias de transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia.</p>	nada (sin deducible) 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.	Copago de \$250 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre Copago de \$750 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea
<p>Servicios de emergencia de transporte terrestre, aéreo y marítimo en ambulancia, cuando sea médicalemente necesario, al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección si viaja fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de 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 GeoBlue) llamando al 804-673-1678.</p>	Copago de \$100 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre (sin deducible) Copago de \$150 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea	Copago de \$250 por día por servicios de transporte en ambulancia terrestre Copago de \$750 por día por servicios de transporte en ambulancia marítima o aérea

Ambulancia (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Ambulancia (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios no cubiertos:</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> • <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> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicaamente necesarios.
- Asegúrese de leer 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 asignación del 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. Para obtener más información, consulte la Sección 4, NSA.
- Los beneficios de la PPO se aplican únicamente cuando usa 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 Individual + Uno e Individual y 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 médica 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 cree que pone en riesgo su vida o que podría ocasionar una lesión o discapacidad grave y que requiere atención quirúrgica o médica inmediata. Algunos problemas son emergencias porque, si no son tratados de inmediato, podrían agravarse; entre los ejemplos se incluyen los cortes profundos y huesos fracturados. Otros son emergencias porque pueden poner en peligro su vida, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, envenenamiento, heridas de bala o la incapacidad repentina para respirar. Existen muchas afecciones agudas que podemos considerar emergencias médicas; lo que todas tienen en común es la necesidad de actuar con rapidez.

Beneficios de la Opción Básica para atención de emergencia

En la **Opción Básica**, le aconsejamos que solicite atención médica 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 médica inmediata pondría en serio peligro la salud de la persona, o en el caso de una miembro embarazada, su salud y la del niño que está por nacer.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Lesión producida en un accidente	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias, el departamento de servicios ambulatorios de un hospital, incluida la atención médica profesional, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional 	Preferido: nada (sin deducible) Participante: nada (sin deducible) No participante: nada (sin deducible)	Preferido: nada Participante: nada No participante: nada
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de proveedores profesionales en el consultorio del proveedor, incluidos los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional 	Preferido: nada (sin deducible) Participante: nada (sin deducible) No participante: cualquier diferencia entre nuestra asignación del Plan y la cantidad facturada (sin deducible)	Los niveles de beneficios normales se aplican a los servicios cubiertos prestados en este ámbito. Consulte las Secciones 5(a) y 5(b).
<ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros de hospital para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología cuando son facturados por el hospital 	Preferido: nada (sin deducible) Miembro: nada (sin deducible) No miembro: nada (sin deducible)	Sala de emergencias Preferida: copago de \$425 por día por centro de salud Sala de emergencias Miembro: copago de \$425 por día por centro de salud Sala de emergencias No miembro: copago de \$425 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 \$425 por atención en la sala de emergencias. Sin embargo, aún se aplica un copago de \$425 por día por la atención de pacientes hospitalizados en un centro preferido.
<ul style="list-style-type: none"> Centros de cuidados 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 cuidados de urgencia debe estar autorizado para proporcionar servicios de emergencia a fin de recibir protecciones en virtud de la NSA. Consulte la Sección 4 para obtener más información.</p>	Centro de cuidados de urgencia preferido: nada (sin deducible) Centro de cuidados de urgencia participante: nada (sin deducible) Centro de cuidados de urgencia no participante: nada (sin deducible)	Centro de cuidados de urgencia preferido: copago de \$50 por visita Centro de cuidados de urgencia participante/no participante: copago de \$50 por visita

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Lesión producida en un accidente (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Centros de cuidados 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 cuidados de urgencia preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Centro de cuidados de urgencia participante: nada (sin deducible)</p> <p>Centro de cuidados de urgencia no participante: cualquier diferencia entre nuestra asignación del Plan y la cantidad facturada (sin deducible)</p>	<p>Centro de cuidados de urgencia preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Centro de cuidados de urgencia participante/no participante: usted paga todos los cargos</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 asignación y la cantidad facturada. (Consulte la Sección 4).</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 anteriormente 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 DME, equipo médico duradero facturados por un proveedor distinto de un hospital, un centro de cuidados 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>Servicios no cubiertos:</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> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Emergencia médica	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias, incluida la atención médica profesional, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología, cuando son facturados por un proveedor profesional</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Preferido: nada</p> <p>Participante: nada</p> <p>No participante: nada</p>

Emergencia médica (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Emergencia médica (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros en la sala de emergencias de un hospital para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de proveedores profesionales, los estudios de diagnóstico, los servicios de radiología, las pruebas de laboratorio y los servicios de patología cuando son facturados por el hospital <p>Nota: Pagamos los beneficios para pacientes hospitalizados si es internado como resultado de una emergencia médica. Consulte la Sección 5(c).</p>	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Miembro: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No miembro: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)	Sala de emergencias Preferida: copago de \$425 por día por centro de salud Sala de emergencias Miembro: copago de \$425 por día por centro de salud Sala de emergencias No miembro: Copago de \$425 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 \$425 por atención en la sala de emergencias. Sin embargo, aún se aplica un copago de \$425 por día por la atención de pacientes hospitalizados en un centro preferido. Nota: Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores Preferidos para ser elegible para beneficios.
<ul style="list-style-type: none"> Centros de cuidados 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 cuidados de urgencia debe estar autorizado para proporcionar servicios de emergencia a fin de recibir protecciones en virtud de la NSA. Consulte la Sección 4 para obtener más información.</p> <p>Nota: Los beneficios para muletas, férrulas, aparatos ortopédicos, etc., cuando son facturados por un proveedor que no sea el centro de cuidados de urgencia se enumeran en la Sección 5(a), DME.</p>	Centro de cuidados de urgencia preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible) Centro de cuidados de urgencia participante: copago de \$30 por visita (sin deducible) Centro de cuidados de urgencia no participante: copago de \$30 por visita (sin deducible)	Centro de cuidados de urgencia preferido: copago de \$50 por visita Centro de cuidados de urgencia participante/no participante: copago de \$50 por visita

Emergencia médica (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Emergencia médica (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Centros de cuidados 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 cuidados de urgencia se enumeran en la Sección 5(a), DME.</p>	<p>Centro de cuidados de urgencia preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de cuidados de urgencia participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centro de cuidados de urgencia no participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Centro de cuidados de urgencia preferido: copago de \$50 por visita</p> <p>Centro de cuidados de urgencia participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<i>Servicios no cubiertos: Honorarios profesionales para salas de emergencia con diferenciales por turnos</i>	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Ambulancia	Opción Estándar	Opción Básica
Consulte la Sección 5(c) para conocer la información completa sobre la cobertura y el beneficio de ambulancia.	Consulte la Sección 5(c)	Consulte la Sección 5(c)

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 médicaamente necesarios.
- Si tiene una afección compleja o crónica aguda, es posible que sea 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 Sección 5(h). 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 médica.
- Asegúrese de leer 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 Oficina de Administración de Personal. Encontrará más información sobre la Ley en los siguientes sitios web del gobierno federal:
https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet.html
<https://www.dol.gov/ebsa/>
www.samhsa.gov/health-financing/implementation-mental-health-parity-addiction-equity-act
- **DEBE OBTENER PRECERTIFICACIÓN PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL. 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 usa 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 Individual + Uno e Individual y 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 Sección 3 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	
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 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>Sus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.</p>	<p>Sus responsabilidades de costos compartidos no son superiores a las de otras enfermedades o afecciones.</p>
<p>Servicios proporcionados por profesionales con licencia en trastornos de salud mental y por consumo 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>Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p>Nota: Para localizar un proveedor preferido, visite 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 Secciones 5(a) y 5(f) para conocer nuestra cobertura del tratamiento para dejar de fumar y usar tabaco.</p> <p>Nota: Consulte la Sección 5(a) 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 residenciales en los niveles que se indican aquí.</p>		
<p>Servicios de profesionales de telesalud para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento en salud conductual • Asesoramiento para trastornos por consumo 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: 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)</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Servicios profesionales (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Servicios profesionales (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales para pacientes hospitalizados 	Preferido: nada (sin deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (sin deducible), más la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Preferido: nada Participante/no participante: usted paga todos los cargos
<ul style="list-style-type: none"> Honorarios profesionales por tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en centros de salud Honorarios profesionales por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	Preferido: nada Participante/no participante: usted paga todos los cargos
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes hospitalizados	Opción Estándar	Opción Básica
Servicios para pacientes hospitalizados proporcionados y facturados por un hospital u otro centro de salud cubierto <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 estadías en el hospital como paciente hospitalizado. Si no lo hace, deberá pagar una multa de \$500.</p>	Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible) Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan para una cantidad de días ilimitada (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago	Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
Centro de tratamiento residencial	Opción Estándar	Opción Básica
Se requiere una precertificación antes de la hospitalización. Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados proporcionada y facturada por un RTC cuando es médicalemente necesaria para el tratamiento de trastornos médicos, de salud mental o por consumo de sustancias:	Centros de salud Preferidos: copago de \$350 por admisión para una cantidad de días ilimitada (sin deducible)	Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Centro de tratamiento residencial (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 <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>	Centros de salud Miembros: copago de \$450 por admisión para una cantidad de días ilimitada, más el 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago	
<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 custodial o atención de largo plazo y 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 residenciales para pacientes ambulatorios, consulte la próxima sección.</p>	Continúa desde la página anterior: 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 las reclamaciones relacionadas.	Centro preferido: copago de \$425 por día hasta \$2,975 por admisión Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos
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 residenciales 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 	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Miembro: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) No miembro: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible). También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Preferido: copago de \$35 por día por centro de salud Miembro/no miembro: usted paga todos los cargos
<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 	Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible) Miembro: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)	Preferido: nada Miembro/no miembro: nada

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Hospital u otro centro de salud cubierto para pacientes ambulatorios (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Un centro de tratamiento residencial es un centro de salud cubierto para atención ambulatoria (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 residenciales, excepto los beneficios de habitación y comidas, y atención médica para pacientes hospitalizados, en los niveles que se indican aquí.</p>	<p>No miembro: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible). También puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	
No cubierto (pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios educativos u otros servicios de asesoramiento 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 residenciales, excepto según lo descrito en la Sección 5(a) y 5(e)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p><i>Nota: Cubrimos servicios profesionales según lo descrito en esta sección 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>Cuidado custodial o atención de 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 asincrónos de “almacenar y enviar”</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios para los miembros inscritos en nuestro programa regular de farmacia:

- Cubrimos medicamentos y suministros recetados, como se describe a continuación y en las siguientes páginas para los miembros inscritos en nuestro programa regular de medicamentos de farmacia.
- 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 recetado es menor que su monto de costo compartido, solo paga el costo de su medicamento recetado.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicalemente necesarios.
- Los beneficios para determinados medicamentos autoinyectables (autoadministrados) se proporcionan solo cuando son dispensados por una farmacia en virtud del beneficio de farmacia. Consulte los surtidos de medicamentos Especializados del Nivel 4 y del Nivel 5 a través de una farmacia Preferida en las páginas siguientes.
- Los beneficios para determinados medicamentos autoinmunitarios para infusión (limitados a Remicade, Renflexis e Inflectra) están cubiertos únicamente cuando los medicamentos se obtienen por parte de un proveedor que no sea una farmacia, como un médico o un centro de salud (hospital o centro quirúrgico ambulatorio). Consulte el apartado *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección para obtener más información.
- Asegúrese de leer 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 recetados del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos Especializados. **Revise las opciones de compra de sus medicamentos recetados 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 recetados del servicio de envío por correo: 800-262-7890, TTY: 711
 - Programa de farmacias de medicamentos Especializados 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 (PSQM). Siga leyendo en esta sección para obtener más información sobre el programa de Seguridad del paciente y control de calidad y consulte 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 Especializados 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. 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.

	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se aplique una restricción de farmacia para el uso clínicamente indebido de suministros y medicamentos recetados. • 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; también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • La exclusión de tratamientos hormonales para la modificación de los rasgos sexuales para la disforia de género solo se refiere a la modificación química y quirúrgica de los rasgos sexuales de una persona (incluso como parte de los servicios de “transición de género”). No excluimos la cobertura para clases completas de productos farmacéuticos, p. ej., se pueden recetar agonistas de la GnRH durante la IVF, para la reducción de endometriosis o fibromas, y para el tratamiento del cáncer o el cáncer de próstata/prevención del crecimiento del tumor. • En la Opción Estándar: <ul style="list-style-type: none"> - Puede utilizar el Programa de Farmacias Minoristas, el programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos Especializados para obtener sus medicamentos recetados. - No hay un deducible por año calendario para el Programa de Farmacias Minoristas, el programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos Especializados. • En la Opción Básica: <ul style="list-style-type: none"> - Debe utilizar farmacias minoristas preferidas o el programa de Farmacias de medicamentos Especializados para recibir beneficios. Nuestra farmacia de medicamentos Especializados es una farmacia preferida. - Solo los miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare tienen acceso al programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo. - No hay deducible por año calendario. - Utilizamos una lista de medicamentos aprobados administrada para determinadas clases de medicamentos. Consulte nuestras herramientas de búsqueda de precios de medicamentos y formulario en línea en www.fepblue.org o llame al 800-624-5060, TTY: 711. 	

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 recetados 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 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 recetados del Servicio de envío por correo o de nuestro programa de Farmacias de medicamentos Especializados. En la Opción Estándar, pagamos un nivel mayor de beneficios cuando utiliza una farmacia minorista preferida, nuestro programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos Especializados.

En la Opción Básica, debe surtir las recetas solo en una farmacia minorista preferida o a través del programa de Farmacias de medicamentos Especializados 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 recetados del Servicio de envío por correo.

En las Opciones Estándar y Básica

Nota: Ni el Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo ni el Programa de farmacias de medicamentos Especializados surtirá una receta de un medicamento 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 recetados 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 recetados del servicio de envío por correo.

Nota: Debido a las restricciones del fabricante, solo se podrá acceder a una pequeña cantidad de medicamentos Especializados para tratar afecciones raras o poco comunes solo a través de una farmacia minorista preferida.

- **Qué incluye la cobertura.**

En la Opción Básica, utilizamos una lista de medicamentos aprobados administrada para determinadas clases de medicamentos. Si compra 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. Consulte nuestras herramientas de búsqueda de precios de medicamentos y formulario en línea en www.fepblue.org o llame al 800-624-5060, TTY: 711.

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; lo alentamos a que usted haga lo mismo. Si compra 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 más adelante en esta sección); también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. Si compra un medicamento, suplemento nutricional o suministro que no está cubierto, será responsable del costo completo del artículo.

Nota: **Antes de surtir su receta, compruebe 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 recetados 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 evaluación. 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 recetado 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 Especializados Preferidos

Nivel 5: incluye medicamentos Especializados No Preferidos

Puede consultar ambas listas de medicamentos aprobados tanto de la Opción Estándar como de la Básica que incluyen la lista de medicamentos Preferidos para cada una en nuestro sitio web en www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060, TTY: 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 surtir sus recetas (o las de los miembros de su familia cubiertos por el Plan) en una farmacia minorista, a través del Programa de farmacias de medicamentos Especializados; o, para los miembros de la Opción Estándar y los miembros de la Opción Básica con la Parte B de Medicare como cobertura primaria, a través del Programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo, autoriza al farmacéutico a sustituir el medicamento por cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos 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*, 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 recetados, podemos divulgar información sobre la utilización de su medicamento recetado, 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 la persona autorizada a dar recetas, puede comprar un suministro de **hasta** 90 días de medicamentos 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 recetados del Servicio de Envío por Correo por un único copago.

Opción Básica: cuando surte recetas de Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca Preferidos) y Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos) en una farmacia minorista Preferida, puede comprar un suministro de **hasta** 30 días o de **hasta** 90 días, 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 recetados del servicio de envío por correo.

En las Opciones Estándar y Básica

Los beneficios para los medicamentos Especializados 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 Especializados. Los beneficios para los tres primeros surtidos de cada medicamento especializado 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 especializado.

Nota: Algunos medicamentos, como los narcóticos, pueden tener límites o requisitos adicionales según lo establecido por la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 recetado.** Las sustancias controladas son medicamentos que provocan dependencia física y mental, y que tienen restricciones respecto de cómo pueden surtirse y resurtirse. Están reglamentadas y clasificadas por la DEA (Administración para el Control de Drogas) 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. Tenga en cuenta que, en el caso de una emergencia nacional o de otro tipo, o si es reservista o miembro de la Guardia Nacional y le convocan al servicio militar activo, debe consultarnos sobre sus necesidades de medicamentos recetados.

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 por categoría terapéutica de medicamentos dispensados por su proveedor o cualquier proveedor de beneficio que no sea una farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si tiene cobertura primaria de la Parte B de Medicare. Consulte más adelante en esta sección para los surtidos de medicamentos Especializados del Nivel 4 y el 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 para obtener más información.

Programa de Seguridad del paciente y control de calidad (PSQM)

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

- Aprobación previa: este programa exige la aprobación para ciertos medicamentos recetados 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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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 de Seguridad del paciente y control de calidad, incluidas las listas de medicamentos sujetos a aprobación previa o las cantidades autorizadas, visite nuestro sitio web en www.fepblue.org o llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 711.

Aprobación previa

Como parte de nuestro programa de Seguridad del paciente y control de calidad (PSQM), **usted debe asegurarse de que su médico obtenga aprobación previa para ciertos medicamentos recetados y suministros para utilizar su cobertura de medicamentos recetados**. 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.

Tenga 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 una reclamación ante el Programa de Farmacias Minoristas para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos recetados.

Nota: Es su responsabilidad saber la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa para su medicamento. Le recomendamos que trabaje con su médico para obtener la renovación de la aprobación previa antes de la fecha de vencimiento.

Programa de incentivos 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 compra 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, será 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 llámenos a cualquiera de los números que figuran al comienzo de esta sección.

Alimentos de uso médico

El Plan cubre fórmulas de alimentos de uso médico y productos nutricionales entéricos que son solicitados por un proveedor de atención médica y son médicalemente necesarios para prevenir el deterioro clínico en miembros con riesgo nutricional.

Para recibir beneficios, los productos deben cumplir con la definición de alimento de uso médico (consulte la Sección 10,

Definiciones).

Los miembros deben estar recibiendo supervisión médica activa, regular y en curso, y deben ser incapaces de controlar la afección a partir de la modificación de su dieta solamente.

Se proporciona cobertura de la siguiente manera:

- 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 por única vez se limita a un año después de la receta inicial o de la indicación del médico con respecto a los alimentos de uso médico (p. ej., Neocate, en fórmula o polvos mezclados para preparar fórmulas)
- Alimentos de uso médico y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas

Nota: Se requiere una receta y aprobación previa para los alimentos de uso médico 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.

Nota: Consulte la Sección 5(a), Suministros médicos, para conocer nuestra cobertura de alimentos de uso médico y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas conforme al beneficio médico.

Aquí le mostramos cómo obtener sus medicamentos recetados y suministros:

- Asegúrese de tener su tarjeta de identificación del Plan en el momento de la compra de su receta.
- Diríjase a cualquier farmacia minorista preferida.
- Visite 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.

Nota: Las farmacias minoristas que son preferidas para medicamentos recetados 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.

Nota: Para medicamentos recetados 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 a continuación para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos recetados al centro de salud sea una farmacia preferida. Consulte más adelante en esta sección para obtener información sobre los medicamentos recetados suministrados por farmacias minoristas No preferidas.

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>Farmacias minoristas preferidas</p> <p>Medicamentos y suministros cubiertos, como, por ejemplo:</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 • Medicamentos para diagnóstico y tratamiento de la infertilidad • Medicamentos para la IVF: limitados a 3 ciclos anuales (se requiere aprobación previa) <p>Nota: Los medicamentos utilizados para la IVF deben comprarse a través del programa de medicamentos de farmacia y usted debe cumplir con nuestra definición de infertilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos asociados con procedimientos de inseminación artificial cubiertos • Medicamentos recetados para tratar la obesidad (se requiere aprobación previa) • 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 • Alimentos de uso médico <p>• Insulina, tiras reactivas para diabéticos, lancetas y sistemas de administración de insulina sin tubo (consulte la Sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de bombas de insulina con tubos).</p> <p>• Agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos</p> <p>• Factores de coagulación y complejos antiinhibidores para el tratamiento de la hemofilia</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: 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, según se detalla anteriormente.</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 30 % de la asignación del 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 asignación del Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): 30 % de la asignación del Plan (sin deducible), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p> <p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): 30 % de la asignación del Plan (sin deducible), limitado a una compra de 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 un suministro de hasta 30 días (copago de \$30 por un suministro de 31 a 90 días)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$15 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$40 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$150) por cada compra de suministros de hasta 30 días (máximo de \$400 por suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 60 % de la asignación del Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$250), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$500), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p> <p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$100) por cada compra de suministros de hasta 30 días (máximo de \$300 por 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>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: A los fines de la coordinación de beneficios, si necesita una declaración de los beneficios para farmacias minoristas preferidas para presentar reclamaciones 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: Eximimos su costo compartido para las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y para anticonceptivos de marca que no tienen equivalente genérico o alternativa genérica, según se indica en cada clase terapéutica según las pautas de la HRSA en https://www.hrsa.gov/womens-guidelines, cuando se compran en una farmacia minorista preferida. Puede solicitar una excepción para cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido para el miembro. Su proveedor deberá completar el Formulario de excepción de anticonceptivos en Formularios de farmacia que se encuentra en nuestro sitio web en www.fepblue.org/claim-forms. Si tiene preguntas sobre el proceso de excepción, llame al 800-624-5060.</p> <p>Si tiene dificultades para acceder a la cobertura anticonceptiva u otra atención de la salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov.</p> <p>El reembolso por anticonceptivos de venta libre cubiertos se puede presentar de acuerdo con la Sección 7.</p> <p>Nota: Para obtener beneficios adicionales de planificación familiar, consulte la Sección 5(a).</p>		<p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 60 % de la asignación del plan por un suministro de hasta 90 días</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$200), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$450), limitado a una compra de un suministro de hasta 30 días</p>
Farmacias minoristas no preferidas	45 % de la asignación del Plan (Precio Mayorista Promedio [AWP, Average Wholesale Price]), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (sin deducible)	Todos los cargos
	Nota: Si utiliza una farmacia minorista no preferida, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar una reclamación ante el Programa de Farmacias Minoristas para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos recetados.	

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>Programa de medicamentos recetados 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 recetados y resurtidos.</p> <p>Consulte la Sección 7 para conocer las instrucciones sobre cómo utilizar el programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo.</p> <p>Nota: Debe obtener la aprobación previa para determinados medicamentos antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte la Sección 3.</p> <p>Nota: No todos los medicamentos están disponibles a través del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo. No hay medicamentos Especializados disponibles a través del programa de Servicio de envío por correo.</p> <p>Nota: Siga leyendo para obtener información sobre el Programa de farmacias de medicamentos Especializados.</p> <p>Nota: Eximimos su costo compartido para las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y para anticonceptivos de marca que no tienen equivalente genérico o alternativa genérica, según se indica en cada clase terapéutica según las pautas de la HRSA en https://www.hrsa.gov/womens-guidelines, cuando se compran en una farmacia minorista preferida. Puede solicitar una excepción para cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido para el miembro. Su proveedor deberá completar el Formulario de excepción de anticonceptivos en Formularios de farmacia que se encuentra en nuestro sitio web en www.fepblue.org/claim-forms. Si tiene preguntas sobre el proceso de excepción, llame al 800-624-5060.</p> <p>Si tiene dificultades para acceder a la cobertura anticonceptiva u otra atención de la salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov.</p> <p>El reembolso por anticonceptivos de venta libre cubiertos se puede presentar de acuerdo con la Sección 7.</p> <p>Nota: Para obtener beneficios adicionales de planificación familiar, consulte la Sección 5(a).</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$15 (sin deducible)</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, como se indicó anteriormente.</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 15 % de la asignación del plan (hasta un máximo de \$150) (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 20 % de la asignación del plan (hasta un máximo de \$250) (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): 35 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$225</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 35 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$250</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 recetados del Servicio de envío por correo, puede solicitar la entrega a domicilio de medicamentos recetados que compra en farmacias minoristas preferidas que ofrecen opciones de pedidos en línea.</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>Programa de farmacias de medicamentos Especializados</p> <p>Cubrimos los medicamentos Especializados que se enumeran en la Lista de medicamentos Especializados 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 visite nuestro sitio web, www.fepblue.org. (Consulte la Sección 10 para conocer la definición de "medicamentos Especializados").</p> <p>Cada vez que solicite un nuevo medicamento Especializado o resurtido, un representante del Programa de farmacias de medicamentos Especializados trabajará con usted. Consulte la Sección 7 para obtener más detalles sobre el programa.</p> <p>Nota: Los beneficios para los tres primeros surtidos de cada medicamento especializado 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 Especializados a través de una farmacia minorista preferida. Es responsable de pagar solo los copagos que aquí se indican para los medicamentos Especializados afectados por estas restricciones.</p> <p>Comuníquese con nosotros: Si tiene preguntas sobre este programa o necesita ayuda con los pedidos de medicamentos Especializados, llame al 888-346-3731 (TTY: 711).</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos Especializados Preferidos): copago de \$100 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$300 para un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): copago de \$150 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$450 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)</p>	<p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$250) por cada compra de suministros de hasta 30 días (máximo de \$700 por suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$500) por cada compra de suministros de hasta 30 días (máximo de \$850 por 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 especializado preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$200) por cada compra de suministros de hasta 30 días (máximo de \$450 por suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): 35 % de la asignación del plan (máximo de \$450) por cada compra de suministros de hasta 30 días (máximo de \$625 por suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Medicamentos para el asma</p> <p>Farmacías minoristas preferidas:</p> <p>Nota: Consulte la Sección 3 para obtener información sobre medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 20 % de la asignación del Plan (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamentos Preferidos de control): copago de \$35 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$105 por un suministro de 31 a 90 días)</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 un suministro 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>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
(continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
		<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$30 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$90 por un suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Debe obtener la aprobación previa para determinados medicamentos antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte la Sección 3.</p> <p>Nota: Consulte los beneficios de medicamentos recetados de los Niveles 3, 4 y 5 que aparecen anteriormente en esta sección.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$65 (sin deducible)</p>	<p>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, 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>Otros medicamentos, tiras reactivas y suministros para la diabetes</p> <p>Farmacias minoristas preferidas:</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros Preferidos para la diabetes): 20 % de la asignación del 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 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Farmacias minoristas no preferidas: usted paga todos los cargos</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros Preferidos para la diabetes): copago de \$35 por cada compra de un suministro 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 un suministro de hasta 30 días (copago de \$60 por un suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Consulte más arriba en esta sección para obtener información sobre los beneficios de medicamentos recetados del Nivel 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 recetados del Servicio de Envío por Correo.</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>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</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>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 visite nuestro sitio web en www.fepblue.org. Recibirá su kit de medidor seleccionado dentro de 7 o 10 días una vez que realice 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.</p>	Nada para un kit de medidor de glucosa pedido a través del Programa de Medidor de Diabetes	Nada para un kit de medidor de glucosa pedido a través del Programa de Medidor de Diabetes

Consulte la página 113 para conocer los beneficios de farmacia adicionales para todos los miembros elegibles.

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL FEP DE MEDICARE

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios para los miembros inscritos en nuestro Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare (Parte D de Medicare):

- Cubrimos medicamentos recetados y suministros, según se detalla en las siguientes páginas para los miembros inscritos en nuestro Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare.
- Los miembros con cobertura primaria de la Parte A o la Parte B de Medicare son elegibles para los beneficios del Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare.
- Si originalmente se le inscribió en un grupo y decidió cancelar su inscripción antes del 1.^º de enero de 2026, podrá volver a unirse al Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare una vez antes del siguiente período de inscripción.
- Si renuncia a la inscripción grupal o cancela la inscripción en cualquier momento después del 1.^º de enero de 2026, será elegible para volver a inscribirse una vez antes del siguiente período de inscripción.
- Para obtener información adicional sobre quién es elegible para este programa y cuándo, o para disputar su reclamación, visítenos en www.fepblue.org/medicarerx
- Podemos proporcionar cobertura adicional para medicamentos recetados no incluidos en su beneficio de la Parte D de Medicare. Para obtener más información sobre su parte del costo o qué medicamentos recetados pueden o no estar cubiertos, llame al 888-338-7737, TTY 711.
- Si no existe un medicamento genérico disponible, deberá pagar el monto de los costos compartidos por la marca cuando reciba un medicamento de marca.
- Los miembros inscritos en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare no tienen cobertura para medicamentos obtenidos o comprados en el extranjero.
- Si el costo de su medicamento recetado es menor que su monto de costo compartido, solo paga el costo de su medicamento recetado.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto,

Descripción de los beneficios	Usted paga
<p>y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicaamente necesarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare, según la afección que se esté tratando. Asegúrese de leer la Sección 4, <i>Sus costos por servicios cubiertos</i>, 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 de nuestra red. Revise las opciones de compra de sus medicamentos recetados para obtener el mejor precio. Tiene a su disposición una herramienta para calcular el costo de los medicamentos en www.fepblue.org/medicarerx o llame al 888-338-7737, TTY: 711 DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS, y la aprobación previa debe renovarse periódicamente. 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. Si su medicamento cambia a un nivel más alto, su costo compartido se incrementará. 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 recetados. 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; también es posible que excluyamos determinados medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. cuando estén disponibles múltiples equivalentes genéricos/medicamentos alternativos. Consulte el capítulo <i>Sin cobertura</i> más adelante en esta sección para obtener detalles. 	

Le enviaremos a cada nuevo miembro una tarjeta de identificación del Plan, que cubre los beneficios de farmacia y médicos.

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 dentro del alcance de su práctica, deben firmar sus recetas.
- Dónde puede obtenerlas.**

En la **Opción Estándar y la Opción básica**, puede surtir recetas en una farmacia que participe en nuestra red nacional. La red incluye farmacias minoristas, farmacias de pedido por correo y farmacias especializadas. También puede recibir su medicamento de una farmacia de atención a largo plazo cuando su atención se maneja en un centro de cuidados a largo plazo o por este. Recibirá una copia del directorio de farmacias, que enumera todas las farmacias que participan en nuestra red, en su paquete de inscripción. También puede visitar nuestra página web www.fepblue.org/medicarerx/resources para obtener una lista completa.

Nota: Debido a las restricciones del fabricante, solo se podrá acceder a una pequeña cantidad de medicamentos Especializados para tratar afecciones raras o poco comunes a través de farmacias selectas en nuestra red.

- Qué incluye la cobertura.**

En las Opciones Estándar y Básica

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 compra 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: El costo compartido del miembro para medicamentos recetados 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 disponibles, trabajamos con el Comité de Farmacia y Terapéutica CVS Caremark, un grupo de médicos y farmacéuticos que no son empleados ni agentes del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Shield ni tienen interés financiero alguno en este. El comité se reúne en forma trimestral para revisar los medicamentos nuevos y existentes a fin de ayudarnos en la evaluación.

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 los medicamentos de marca No Preferidos de Nivel 4: incluye medicamentos Especializados Preferidos

Puede consultar ambas listas de medicamentos aprobados tanto de la Opción Estándar como de la Básica que incluyen la lista de medicamentos Preferidos para cada una en nuestro sitio web en www.fepblue.org o llamar al 888-338-7737, TTY: 711, para recibir ayuda. Los cambios en la lista de medicamentos aprobados no se consideran cambios en los beneficios.

- **Equivalentes genéricos**

Los equivalentes genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Al surtir sus recetas (o las de los miembros de la familia cubiertos por el Plan) en una farmacia que participa en nuestra red, usted autoriza al farmacéutico a sustituir cualquier equivalente genérico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. disponible, a menos que usted o su médico soliciten específicamente un medicamento de marca e indiquen “dispensarse como se recetó”. Consulte la Sección 10, *Definiciones*, 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 recetados, podemos divulgar información sobre la utilización de su medicamento recetado, 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 y Opción Básica: sujeto al empaque del fabricante y a las instrucciones de la persona autorizada a dar recetas, puede comprar un suministro de hasta 90 días de medicamentos y suministros cubiertos a través de la red de farmacias.

En las Opciones Estándar y Básica

Nota: Algunos medicamentos, como los narcóticos, pueden tener límites o requisitos adicionales según lo establecido por la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 recetado. Las sustancias controladas son medicamentos que provocan dependencia física y mental, y que tienen restricciones respecto de cómo pueden surtirse y resurtirse. Están reglamentadas y clasificadas por la DEA (Administración para el Control de Drogas) 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. Tenga en cuenta que, en el caso de una emergencia nacional o de otro tipo, o si es reservista o miembro de la Guardia Nacional y le convocan al servicio militar activo, debe consultarnos sobre sus necesidades de medicamentos recetados. Consulte la información de contacto a continuación.

Información de contacto importante

Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare: 888-338-7737, TTY: 711; o www.fepblue.org/medicarerx

Aprobación previa

Usted debe asegurarse de que su médico obtenga aprobación previa para ciertos medicamentos recetados y suministros para utilizar su cobertura de medicamentos recetados. 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 medicamentos recetados del FEP de Medicare al 888-338-7737, 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.

Tenga 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 una reclamación ante el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare para recibir el reembolso. Consulte la Sección 7 que incluye las instrucciones para presentar reclamaciones para medicamentos recetados.

Nota: Es su responsabilidad saber la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa para su medicamento. Le recomendamos que trabaje con su médico para obtener la renovación de la aprobación previa antes de la fecha de vencimiento.

Alimentos de uso médico

El Plan cubre fórmulas de alimentos de uso médico y productos nutricionales entéricos que son solicitados por un proveedor de atención médica y son médicalemente necesarios para prevenir el deterioro clínico en miembros con riesgo nutricional.

Para recibir beneficios, los productos deben cumplir con la definición de alimento de uso médico (consulte la Sección 10, Definiciones).

Los miembros deben estar recibiendo supervisión médica activa, regular y en curso, y deben ser incapaces de controlar la afección a partir de la modificación de su dieta solamente.

Se proporciona cobertura de la siguiente manera:

- 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 por única vez se limita a un año después de la receta inicial o de la indicación del médico con respecto a los alimentos de uso médico (p. ej., Neocate, en fórmula o polvos mezclados para preparar fórmulas)
- Alimentos de uso médico y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas

Nota: Se requiere una receta para los alimentos de uso médico conforme al beneficio de farmacia.

Nota: Consulte la Sección 5(a), Suministros médicos, para conocer nuestra cobertura de alimentos de uso médico y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas conforme al beneficio médico.

Aquí le mostramos cómo obtener sus medicamentos recetados y suministros.

- Asegúrese de tener su tarjeta de identificación del Plan en el momento de la compra de su receta.
- Vaya a cualquier farmacia de la red, o

- Visite 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.

Nota: Las farmacias dentro de nuestra red para medicamentos recetados no son necesariamente Preferidas para equipos médicos duraderos (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.

Nota: Para medicamentos recetados 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 las siguientes páginas para medicamentos obtenidos en una farmacia de nuestra red, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos recetados al centro de salud sea una farmacia de la red.

Máximos por gastos catastróficos

Cada individuo inscrito en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare tiene un máximo de bolsillo separado y más bajo para la protección contra gastos catastróficos para los medicamentos comprados mientras están cubiertos por este Programa.

En la Opción Estándar, este máximo contra gastos catastróficos separado es de \$2,100

En la Opción Básica, este máximo contra gastos catastróficos separado es de \$2,100.

Este monto se acumula para los montos máximos de bolsillo de la protección contra gastos catastróficos que se describen en la Sección 4.

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.		
Medicamentos y suministros cubiertos	Opción Estándar	Opción Básica
Farmacias minoristas Medicamentos y suministros cubiertos, como, por ejemplo: <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 Medicamentos para diagnóstico y tratamiento de la infertilidad Medicamentos para la IVF: limitados a 3 ciclos anuales Nota: Los medicamentos utilizados para la IVF deben comprarse a través del programa de medicamentos de farmacia y usted debe cumplir con nuestra definición de infertilidad. Medicamentos asociados con procedimientos de inseminación artificial cubiertos Medicamentos recetados para tratar la obesidad (se requiere aprobación previa) 	Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$15 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible) Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$35 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$105 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible) Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 50 % de la asignación del Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días (sin deducible) Nivel 4 (medicamento especializado preferido): copago de \$60 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$170 por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)	Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$10 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$30 por un suministro de 31 a 90 días) Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$45 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$135 por un suministro de 31 a 90 días) Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 50 % de la asignación del Plan por cada compra de un suministro de hasta 90 días

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	Consulte la página anterior	<p>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): copago de \$75 por cada compra de un suministro de hasta 30 días; (\$195 por un suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Nota: Eximimos su costo compartido para las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y para anticonceptivos de marca que no tienen equivalente genérico o alternativa genérica, según se indica en cada clase terapéutica según las pautas de la HRSA en https://www.hrsa.gov/womens-guidelines, cuando se compran en una farmacia minorista preferida. Puede solicitar una excepción para cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido para el miembro. Su proveedor deberá completar el Formulario de excepción de anticonceptivos en Formularios de farmacia que se encuentra en nuestro sitio web en www.fepblue.org/claim-forms. Si tiene preguntas sobre el proceso de excepción, llame al 800-624-5060.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos de uso médico • Insulina, tiras reactivas para diabéticos, lancetas y sistemas de administración de insulina sin tubo (consulte la Sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de bombas de insulina con tubos). • Agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos • Factores de coagulación y complejos antiinhibidores para el tratamiento de la hemofilia <p>Nota: Para obtener una lista de las farmacias de atención de largo plazo de la red, llame al 888-338-7737, TTY: 711.</p>		
<p>Programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo</p> <p>Para miembros inscritos en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare, si su médico solicita medicamentos o suministros cubiertos para más de 21 días, hasta 90 días, puede utilizar este servicio para sus recetas y resurtidos.</p> <p>Consulte la Sección 7 para conocer las instrucciones sobre cómo utilizar el programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$85 (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos): copago de \$125 (sin deducible)</p> <p>Nivel 4 (medicamentos Especializados): copago de \$150 (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$15</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$95</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos): copago de \$125</p> <p>Nivel 4 (medicamentos Especializados): copago de \$150</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: Debe obtener la aprobación previa para determinados medicamentos antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte la Sección 3.</p> <p>Nota: No todos los medicamentos están disponibles a través del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo.</p> <p>Nota: Eximimos su costo compartido para las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y anticonceptivos de marca que no tengan un equivalente genérico ni una alternativa genérica, según se indica en cada clase terapéutica según las pautas de la HRSA en https://www.hrsa.gov/womens-guidelines, cuando se compran en una farmacia minorista preferida. Puede solicitar una excepción para cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido para el miembro. Su proveedor deberá completar el Formulario de excepción de anticonceptivos en Formularios de farmacia que se encuentra en nuestro sitio web en www.fepblue.org/claim-forms. Si tiene preguntas sobre el proceso de excepción, llame al 800-624-5060.</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 recetados del Servicio de envío por correo le cobrará el costo menor entre el costo del medicamento recetado y el copago cuando haga su pedido. Si ya ha enviado su copago, le acreditarán cualquier diferencia a su cuenta.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$85 (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos): copago de \$125 (sin deducible)</p> <p>Nivel 4 (medicamentos Especializados): copago de \$150 (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$15</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$95</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca No Preferidos): copago de \$125</p> <p>Nivel 4 (medicamentos Especializados): copago de \$150</p>
<p>Medicamentos para el asma</p> <p>Farmacias minoristas de la red:</p> <p>Nota: Consulte la Sección 3 para obtener información sobre medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p> <p>Programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo</p> <p>Nota: Debe obtener la aprobación previa para determinados medicamentos antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta. Consulte la Sección 3.</p> <p>Nota: Consulte los beneficios de medicamentos recetados de los Niveles 3 y 4 que aparecen anteriormente en esta sección.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$20 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$60 por un suministro de 31 a 90 días) (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 \$30 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$90 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$75</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 de la red:</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros Preferidos para la diabetes): copago de \$20 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$50 por un suministro de 31 a 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 31 a 90 días) (sin deducible)</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros Preferidos para la diabetes): copago de \$30 por cada compra de un suministro de hasta 30 días (copago de \$60 por un suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Consulte los beneficios de medicamentos recetados de los Niveles 2, 3 y 4 que aparecen anteriormente en esta sección.</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) para aquellos inscritos en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare cuando se obtienen a través del Programa de medicamentos recetados del Servicio de Envío por Correo.</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 (medicamento de marca preferido): copago de \$50 por cada compra de un suministro de hasta 90 días</p>

Los beneficios de farmacia a partir de aquí hasta el final de la sección se aplican a todos los miembros cubiertos, a menos que se indique lo contrario.

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.		
Medicamentos y suministros cubiertos	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 recetados. Además, es posible que sea 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, cree un Plan para dejar de fumar utilizando la herramienta de Hábitos cotidianos. Consulte la Sección 5(h) para obtener más información. No se requiere el plan para dejar de fumar para aquellas personas cubiertas por el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare.</p> <p>Nota: Puede haber restricciones de edad según las pautas de la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 tabletas - Bupropion (liberación sostenida) de 150 mg en tabletas - Vareniclina de 0.5 mg en tabletas - Vareniclina de 1 mg en tabletas - Paquete inicial de Vareniclina • Medicamentos de marca disponibles por receta: <ul style="list-style-type: none"> - Nicotrol, inhalador con cartuchos - Nicotrol NS, aerosol nasal de 10 mg/ml • Medicamentos de venta libre (OTC) 	<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	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<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 recetados 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 Sección 5(a) para conocer nuestra cobertura para el tratamiento, el asesoramiento y las clases para dejar de fumar y usar 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 antihipertensivos</p> <p>Farmacías minoristas preferidas:</p> <p>Nota: Consulte la Sección 3 para obtener información sobre medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p> <p>Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo:</p> <p>Nota: Debe obtener la aprobación previa para determinados medicamentos antes de que el Programa de Servicio de envío por correo surta su receta.</p> <p>Nota: Consulte más arriba en esta sección para obtener información sobre los beneficios de medicamentos recetados del Nivel 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>
<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 - Preservativos - Espermícidasy - Esponjas <p>Nota: Ofrecemos beneficios completos para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos OTC cuando los anticonceptivos cumplen con los estándares de la Administración de Alimentos y Medicamentos 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>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	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
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.	<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>
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>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>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 recetados 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>
<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 quedar embarazadas • Aspirina de dosis baja (81 mg por día) para las miembros embarazadas en riesgo de preeclampsia • Aspirina para hombres desde los 45 años hasta los 79 años y para mujeres desde los 50 años hasta los 79 años • Estatinas genéricas para la reducción del colesterol 	<p>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	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)		
<p>Nota: No hay beneficios disponibles para acetaminofeno, ibuprofeno, naproxeno, etc.</p> <p>Nota: Los beneficios para estos medicamentos están sujetos a las limitaciones para despachar medicamentos que se describen anteriormente 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 la Sección 5(a) para obtener más información sobre otros servicios de atención preventiva cubiertos.</p>	Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible) Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos	Farmacia minorista preferida: nada Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos
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 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 . Esto no es necesario si está cubierto por el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare.	Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible) Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo: nada (sin deducible)	Farmacia minorista preferida: nada Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente: Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo: nada
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 en www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060, TTY: 711, para obtener ayuda.	Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible) Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo: nada (sin deducible)	Farmacia minorista preferida: nada Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente: Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo: nada

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>Los agentes de rescate de opioides están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen con una receta de una farmacia en cualquier forma de venta libre o receta disponible, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares.</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>usted paga todos los cargos</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>usted paga todos los cargos</p>
<p>Farmacias minoristas preferidas:</p>		
<p>Programa de medicamentos recetados 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>Cuando la Parte B de Medicare es el pagador primario, usted paga lo siguiente:</p>
<p>Para obtener más información, consulte las pautas de la Administración de Alimentos y Medicamentos en https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-during-opioid-overdose o llame a la Línea de Ayuda Nacional de la SAMHSA 1-800-662-HELP (4357) o visite https://www.findtreatment.samhsa.gov/.</p>		<p>Nivel 1: nada por la compra de un suministro de hasta 90 días por año calendario.</p>
<p>Nota: Una vez que haya comprado cantidades de estos medicamentos en el plazo de un año calendario que sean equivalentes a un suministro de 90 días a través de cualquier programa de farmacia, todos los resurtidos de Nivel 1 de allí en adelante están sujetos al costo compartido correspondiente.</p>		
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</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 recetados del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacia de medicamentos Especializados.</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 no cubiertos</i> 		

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos utilizados junto con la IVF que exceden el límite de ciclo anual de 3 por año cubierto descrito en esta sección • Insulina y suministros para diabéticos, excepto cuando se obtienen de una farmacia minorista o a través del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo, o cuando la Parte B de Medicare es la cobertura primaria o usted está inscrito en el programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare (consulte la Sección 5[a]) • 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 <p>Nota: Consulte los beneficios previos en esta sección para conocer nuestra cobertura de medicamentos recomendados según la Ley de Cuidado de Salud Asequible y para conocer los medicamentos para dejar de fumar y usar tabaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los alimentos de uso médico administrados oralmente no tienen cobertura si no se obtienen en una farmacia minorista o a través del Programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo. <p>Nota: Consulte la Sección 5(a), para conocer nuestra cobertura de alimentos de uso médico cuando son administrados por catéter o sonda nasogástrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Nota: Consulte la Sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de alimentos de uso médico y suplementos nutricionales cuando son administrados por catéter o sondas nasogástricas.</p> <p>Fórmula para bebés que no sea la descrita anteriormente en esta sección y en la Sección 5(a)</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
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para los que se ha negado o no se ha obtenido aprobación previa • Medicamentos y suministros relacionados con la disfunción sexual o la insuficiencia sexual • Medicamentos recetados en relación con la modificación de rasgos sexuales para el tratamiento de la disforia de género Nota: Si se encuentra a mitad del tratamiento en virtud de este Plan, dentro de un régimen quirúrgico o químico para la modificación de rasgos sexuales para la disforia de género diagnosticada, para los servicios por los que recibió cobertura en virtud del folleto del Plan 2025, puede solicitar una excepción para continuar con la atención para ese tratamiento. Si tiene alguna pregunta con respecto al proceso de excepción, comuníquese con nosotros al número de teléfono del servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte la Sección 8 de este folleto para conocer el proceso de reclamaciones en disputa. Las personas menores de 19 años no son elegibles para excepciones relacionadas con los servicios de tratamiento quirúrgico u hormonal en curso para la disforia de género diagnosticada. • Medicamentos comprados por correo o Internet en farmacias fuera de los Estados Unidos por miembros que se encuentran en los Estados Unidos • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC), excepto según lo descrito anteriormente en esta sección • Medicamentos utilizados para interrumpir el embarazo • Medicamentos sublinguales de desensibilización de la alergia, excepto como se describe en la Sección 5(a) 	Todos los cargos	Todos los cargos
Medicamentos obtenidos de otras fuentes	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Los medicamentos recetados y suministros cubiertos no obtenidos en una farmacia minorista, a través del Programa de Farmacias de medicamentos Especializados 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 recetados del Servicio de envío por correo. Esto incluye los medicamentos y suministros cubiertos únicamente por el beneficio médico.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Preferido: 35 % de la asignación del plan</p> <p>Proveedor profesional participante: usted paga todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos obtenidos de otras fuentes (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Se requiere aprobación previa para determinados medicamentos cubiertos por beneficios médicos que se presentarán en una reclamación médica para el reembolso. Comuníquese con el número de servicio al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o visítenos en www.fepblue.org/medicalbenefitdrugs para obtener una lista de estos medicamentos. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.</p>	<p>Proveedor profesional no participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Centros de salud Miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p>	<p>Centros de salud Miembros/No miembros: usted paga todos los cargos</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 Sección 5(i) para obtener más información.</p> <p>Nota: Para los medicamentos recetados y suministros cubiertos comprados fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., debe presentar las reclamaciones en un formulario de reclamación por servicios en el extranjero. Consulte la Sección 5(i) para obtener información sobre cómo presentar reclamaciones por servicios en el extranjero.</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 – Sección 5(c). • Consulte la información analizada anteriormente en esta sección con respecto a los medicamentos recetados 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>Continúa desde la página anterior:</p> <p>Centros de salud No miembros: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Consulte la página anterior</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Medicamentos obtenidos de otras fuentes (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Para los miembros cubiertos por nuestro programa regular de medicamentos de farmacia:</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). Los miembros cubiertos por el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare pueden obtener estos medicamentos en virtud de sus beneficios de farmacia.</p>	<p>Preferido: 10 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional participante: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Proveedor profesional no participante: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Centros de salud Miembros: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros de salud No miembros: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del 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>

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 médicaamente necesarios.
- Si está inscrito en un Plan Dental del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales (FEDVIP), su Plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales será el pagador primario para cualquier servicio cubierto y su Plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales será el pagador secundario de su Plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Consulte la Sección 9, *Cómo se coordinan los beneficios con Medicare y otra cobertura*, para obtener información adicional.
- Asegúrese de leer 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 Individual + Uno o Individual y 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	
Beneficio para lesiones producidas en un accidente	Opción Estándar	Opción Básica
<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>Preferido: 15 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del Plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Copago de \$35 por evaluaciones bucales asociadas</p> <p>35 % de la asignación del plan por cualquier otra atención</p> <p>Nota: Proporcionamos beneficios para la atención dental por una lesión producida en un accidente en casos de emergencia médica cuando son proporcionados por proveedores Preferidos o No Preferidos. Consulte la Sección 5(d) para conocer los criterios que utilizamos para decidir si se requiere atención de emergencia. Usted es responsable de pagar el costo compartido correspondiente que se muestra más arriba.</p>

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

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Beneficio para lesiones producidas en un accidente (continuación)	Opción Estándar	Opción Básica
<p>Nota: Una lesión producida en un accidente es una lesión causada por una fuerza o un agente externos, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata. Las lesiones sufridas en los dientes mientras come no se consideran lesiones producidas en un accidente.</p>	<p>Nota: En la Opción Estándar, primero, proporcionamos los beneficios como se indica en la Lista de asignaciones para servicios dentales de las páginas siguientes. Luego, pagamos los beneficios que se indican en este cuadro para los saldos correspondientes.</p>	<p>Si usa un proveedor no preferido, también puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Toda atención de seguimiento debe ser brindada y facturada por proveedores Preferidos para ser elegible para beneficios.</p>
<p>Nota: Un diente natural sano es un diente que está entero o correctamente restaurado (restauración con amalgama o empaste de compuesto a base de resina únicamente), sin deterioro, enfermedad periodontal ni ninguna otra afección, y que no necesita tratamiento por ningún otro motivo, excepto por una lesión producida en un accidente. Para los fines de este Plan, un diente restaurado anteriormente con corona, incrustaciones estéticas (onlays/inlays) o restauración de porcelana, o bien tratado por endodoncia, no se considera un diente natural sano.</p>	<p>Consulte la página anterior</p>	<p>Consulte la página anterior</p>

Beneficios dentales

Qué incluye la cobertura

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

Beneficios dentales de la **Opción Básica** aparecen más adelante en esta sección.

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” (MAC, Maximum Allowable Charge), como pago total por los siguientes servicios. También presentarán sus reclamaciones 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 asignaciones para servicios dentales y el MAC. Para encontrar un dentista preferido en su área, visite 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 asignaciones 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 coseguro. Cuando utiliza dentistas No Preferidos, paga todos los cargos que excedan las cantidades que figuran en nuestra lista de cargos. Con dentistas Preferidos, paga la diferencia entre la cantidad de la lista de cargos y el MAC descrito en la página anterior.

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			
Examen bucal periódico (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$12	\$8	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 limitado	\$14	\$9	
Examen bucal integral	\$14	\$9	
Examen bucal detallado y completo	\$14	\$9	
Diagnóstico por imágenes			
Serie completa intrabucal	\$36	\$22	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			
Tratamiento paliativo para el dolor dental (procedimiento menor)	\$24	\$15	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).
Restauración protectora	\$24	\$15	
Servicios preventivos			
Profilaxis, adultos (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	---	\$16	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
Profilaxis, niños (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$22	\$14	

Opción Estándar y Básica

Aplicación tópica de fluoruro o barniz con fluoruro <i>(hasta 2 por persona por año calendario)</i>	\$13	\$8	entre las cantidades que figuran a la izquierda y el máximo cargo permitido (MAC).
<i>Servicios no cubiertos: ningún servicio que no esté incluido específicamente en la lista anterior</i>	<i>Nada</i>	<i>Nada</i>	<i>Todos los cargos</i>

Beneficios dentales de la Opción Básica

En la Opción Básica, proporcionamos beneficios por los servicios que figuran a continuación. Usted paga un copago de \$35 por cada evaluación y nosotros pagamos cualquier saldo hasta el máximo cargo permitido descrito anteriormente en esta sección. 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	
Servicio cubierto	Nosotros pagamos	Usted paga
Exámenes bucales clínicos Examen bucal periódico* Examen bucal limitado Examen bucal integral*	Preferido: todos los cargos que excedan su copago de \$35 Participante/no participante: nada	Preferido: copago de \$35 por examen Participante/no participante: usted paga todos los cargos
Diagnóstico por imágenes Intrabucal – serie completa incluidas radiografías bitewing (<i>límite de 1 serie completa cada 3 años</i>)	Preferido: todos los cargos que excedan su copago de \$35 Participante/no participante: nada	Preferido: copago de \$35 por examen Participante/no participante: usted paga todos los cargos
Servicios preventivos Profilaxis – adultos (<i>hasta 2 por año calendario</i>) Profilaxis – niños (<i>hasta 2 por año calendario</i>) Aplicación tópica de fluoruro o barniz con fluoruro, para niños únicamente (<i>hasta 2 por año calendario</i>) Selladores, por diente, solo primer y segundo molar (<i>una vez por diente para niños de hasta 16 años únicamente</i>)	Preferido: todos los cargos que excedan su copago de \$35 Participante/no participante: nada	Preferido: copago de \$35 por examen Participante/no participante: usted paga todos los cargos
<i>Servicios no cubiertos: ningún servicio que no esté incluido específicamente en la lista anterior</i>	<i>Nada</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales

Característica especial	Descripción
Herramientas de salud	<p>Conéctese con su salud y reciba las respuestas que necesita cuando las necesita utilizando las Herramientas de salud las 24 horas del día, los 365 días del año. Ingrese en www.fepblue.org o llame al número gratuito 888-258-3432 para comprobar estos valiosos servicios fáciles de usar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hable directamente con un enfermero titulado en cualquier momento del día o la noche, por teléfono, correo electrónico seguro o chat en vivo. Pregunte y obtenga asesoramiento médico. Tenga en cuenta que los beneficios por cualquier servicio de atención médica que pueda solicitar luego de utilizar las Herramientas de salud están sujetos a los términos de su cobertura en virtud de este Plan. • Registro de salud personal: acceda a su registro seguro de salud personal en línea para obtener información relacionada con los medicamentos que utiliza, los resultados de exámenes recientes y las citas médicas. Actualice, almacene y realice un seguimiento de la información relacionada con su salud en cualquier momento. • Evaluación de salud de Blue: complete este cuestionario en línea sobre salud y estilo de vida, y reciba ayuda adicional con sus gastos de atención médica. Consulte la siguiente información para obtener más detalles. • Hábitos cotidianos: 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. La herramienta Hábitos cotidianos 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. Cree un Plan para dejar de fumar con nuestra herramienta de capacitación en línea, Hábitos cotidianos. Es posible que sea 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 Sección 5(f) para obtener más información. Nota: Puede haber restricciones de edad según las pautas de la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 las reclamaciones 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 obtener más información, ingrese en www.fepblue.org.</p>

Programa para el control de la diabetes	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. Recibirá 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, ingrese en www.fepblue.org/diabetes .
Evaluación de salud de Blue	<p>El cuestionario Evaluación de salud de Blue (BHA, Blue Health Assessment) es un programa de evaluación en línea fácil e interesante que puede completarse en 10 a 20 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 nuestra herramienta de capacitación en línea, Hábitos cotidianos.</p> <p>Cuando completa 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 Individual + Uno o Individual y Familia, tanto el titular del contrato como su cónyuge son elegibles para recibir la cuenta de salud de \$50. Envíaremos 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 a la herramienta Hábitos cotidianos 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 completa 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 2026. Reserve bastante tiempo para completar todas las actividades para esta fecha.</p> <p>Visite nuestro sitio web, www.fepblue.org, para obtener más información y para completar la BHA, de manera que reciba sus resultados individuales y comience a trabajar para lograr sus objetivos. También puede solicitar una BHA impresa si llama a la línea gratuita 888-258-3432.</p>

Programa para el control de la hipertensión	<p>El Programa para el control de la hipertensión brinda a los miembros mayores de 18 años con hipertensión (también conocida como “presión arterial alta”) acceso a un monitor de presión arterial (Blood Pressure Monitor, BPM) gratuito para animar a los miembros a tomar decisiones más saludables y reducir la posibilidad de complicaciones de enfermedades cardíacas. Este programa se encuentra disponible para el titular del contrato y su cónyuge, si reúnen los siguientes requisitos.</p> <p>Se 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"> • Complete la Evaluación de Salud de Blue (BHA) e indica que le han diagnosticado hipertensión. • Al menos se ha procesado una reclamación médica durante los últimos 12 meses con un diagnóstico informado de hipertensión. <p>Una vez que cumpla con estos criterios, recibirá una carta que le notificará sobre su elegibilidad para el BPM gratuito. Es elegible para recibir un BPM gratuito cada dos años calendario. Debe seguir las instrucciones en la carta, lo que incluye llevar la carta a su proveedor de atención médica. Su proveedor es responsable de documentar su lectura de presión arterial más reciente y de identificar el tamaño 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 cumplen con los criterios o para aquellos que obtengan un BPM fuera de este programa. Para obtener más información, llámenos al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Consulte la Sección 5(f) para obtener información sobre los medicamentos antihipertensivos genéricos Preferidos.</p>
Programa de incentivos de atención del embarazo	<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 médica 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>
Limitación anual de incentivos	<p>Los incentivos financieros obtenidos a través de la participación en la Evaluación de Salud de Blue, los objetivos personalizados mediante la herramienta Hábitos cotidianos 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>
Cuenta de reembolso para miembros de la Opción Básica inscritos en la Parte A y B de Medicare	<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>

MyBlue® Customer eService	<p>Visite MyBlue Customer eService en www.fepblue.org/myblue o utilice la aplicación móvil fepblue para controlar el estado de sus reclamaciones, cambiar su dirección de registro, solicitar formularios de reclamación, 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 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 reclamaciones); desde allí puede buscar reclamaciones y seleccionar el enlace “EOB” junto a cada reclamación para acceder a su 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 (Reclamaciones). • Opte 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: inicie sesión en MyBlue para acceder a información importante en tiempo real, incluidos los deducibles, los costos de desembolso directo, las visitas cubiertas restantes a proveedores, las reclamaciones médicas y las reclamaciones de farmacia. También puede consultar su resumen hasta la fecha de las reclamaciones completadas, el saldo de la tarjeta de bienestar MyBlue y los gastos de farmacia durante el año.
National Doctor & Hospital Finder	Visite www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro National Doctor & Hospital Finder (Buscador de médicos y hospitales nacionales) y otras listas nacionales de proveedores Preferidos.
Programas de administración de servicios médicos	<p>Si tiene una enfermedad poco común o crónica, o necesidades de atención médica complejas, el Plan de Beneficios de Servicio ofrece a los miembros dos tipos de programas de administración de la atención médica que brindan asistencia en la coordinación de la atención y proporcionan educación y apoyo clínico a los miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La administración de casos proporciona a los miembros que tienen necesidades de atención médica complejas agudas o crónicas los servicios y la asistencia de un profesional de atención médica con licencia con una certificación de administración de casos reconocida a nivel nacional. Los administradores de casos pueden ser enfermeros titulados, trabajadores sociales con licencia u otros profesionales de atención médica 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 médica, 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 médica del miembro. Algunos miembros pueden recibir orientación y apoyo clínico para una necesidad de atención médica aguda, mientras que otros pueden beneficiarse de una inscripción a corto plazo en la administración de casos. La inscripción en la administración de casos requiere de 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. • El control de enfermedades ayuda a los miembros a adoptar hábitos de cuidado personal efectivos para mejorar el autocontrol de la diabetes, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad coronaria o la insuficiencia cardíaca congestiva. Si le han diagnosticado alguna de estas afecciones, podemos enviarle información sobre los programas disponibles en su área. <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>
Opción de beneficios flexibles	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

	<p>complejos de atención a pacientes. A través de la opción de beneficios flexibles, los administradores de casos evaluarán las necesidades de atención médica del miembro y pueden, a nuestro exclusivo criterio, identificar una alternativa menos costosa de plan de tratamiento para el miembro. El miembro (o su apoderado de atención médica) y los proveedores (s) deben cooperar durante el proceso. La inscripción en el Programa de Administración de Casos es obligatoria para ser elegible. Antes de la fecha de inicio del plan de tratamiento alternativo, los miembros que son elegibles para recibir servicios a través de la opción de beneficios flexibles deben firmar y entregar un consentimiento por escrito para la administración de casos y el plan alternativo. Si usted y su proveedor están de acuerdo con el plan, los beneficios alternativos comenzarán inmediatamente y se le solicitará firmar un acuerdo de beneficios alternativos que incluya las condiciones que se enumeran a continuación, además de cualquier otra condición especificada en el acuerdo. Debemos recibir el consentimiento para la administración de casos y el acuerdo de beneficios alternativos firmado por el miembro/apoderado de atención médica antes de que reciba cualquier servicio incluido en el acuerdo de beneficios alternativos.</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 médica deben participar en conferencias de atención y capacitación para cuidadores según lo requerido por sus proveedores o por nosotros. • Podemos revocar el acuerdo de beneficios alternativos inmediatamente en cualquier momento, si descubrimos que no es clara la información que recibimos de su parte, su proveedor o cualquier persona involucrada en su atención, o que 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 Oficina de Administración de Personal en virtud del proceso para desacuerdos sobre reclamaciones. <p>Si firma el acuerdo de beneficios alternativos, le proporcionaremos los beneficios alternativos acordados durante el período establecido, a menos que la información que nos brinde no sea clara o que las circunstancias cambien. Los beneficios establecidos en este folletoto 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 precertificación o aprobación previa 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 reclamaciones de la Oficina de Administración de Personal (consulte la Sección 8).</p>
Servicios de telesalud	<p>Visite www.fepblue.org/telehealth o llame al número gratuito 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, atención dermatológica, 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>

La aplicación móvil de fepblue	La aplicación móvil fepblue de Blue Cross y Blue Shield se encuentra disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación les brinda a los miembros acceso a funciones, herramientas e información útiles en relación con los beneficios del plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross y Blue Shield durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña de MyBlue® para acceder a información de salud personal como los beneficios, costos de desembolso directo, deducibles (si corresponde) y límites de visitas al médico. También pueden consultar las reclamaciones y el estado de aprobación, ver o compartir las Explicaciones de beneficios (EOB), ver o compartir las tarjetas de identificación para miembros, encontrar proveedores dentro de la red y conectarse con nuestros servicios de telesalud.
Programa de control de la pérdida de peso	<p>El Programa de control de peso está diseñado para ayudar a los miembros a manejar su peso. Este programa influye positivamente en la salud cardiom metabólica de los miembros, lo que incluye la dieta, la actividad, el sueño y el manejo del estrés. Todos los miembros y dependientes de 13 años o más con un IMC que califica son elegibles para participar. Los participantes recibirán una balanza de cortesía con conectividad celular, que se les entregará directamente. Al recibirla, los miembros deben activar la balanza completando su primer pesaje y sincronizándola con su dispositivo inteligente.</p> <p>El programa incluye asesoramiento de salud personalizado, acceso a proveedores, manejo de medicamentos y apoyo a demanda. Además, los miembros tienen acceso ilimitado al establecimiento de objetivos, la planificación de acciones y un panel para el seguimiento del progreso diario a través de la aplicación móvil. La asistencia para miembros está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Para obtener más detalles, visite www.fepblue.org/manage-your-health/managing-specific-conditions/weight.</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 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 más adelante en esta sección para obtener información sobre las reclamaciones que necesitamos para procesar las reclamaciones por servicios en el extranjero. Podemos solicitarle que nos proporcione los registros médicos completos de su proveedor para respaldar su reclamación. Si va a recibir los servicios de atención médica en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, Office of Foreign Assets Control) del Departamento del Tesoro de Estados Unidos, su reclamación debe incluir la documentación de una exención del gobierno en virtud de la Oficina de Control de Activos Extranjeros que autorice la atención médica 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 en centros de tratamiento residencial y centros de enfermería especializada. Se requiere aprobación previa para todos los servicios de transporte en ambulancia aérea que no sean de emergencia para los miembros en el extranjero (consulte la Sección 5(c)). Las protecciones ofrecidas en virtud de la NSA (consulte la Sección 4) no se aplican a las reclamaciones en el extranjero. Los miembros inscritos en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare no tienen cobertura para medicamentos obtenidos o comprados en el extranjero. Visite www.fepblue.org/overseas-coverage para obtener más información.

Centro de Asistencia en el Extranjero

Contamos con una red de hospitales participantes en el extranjero que presentarán sus reclamaciones 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 una reclamación 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 directo 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 GeoBlue) 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 feppoverseas@geo-blue.com. GeoBlue 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 asignación del 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 ambas opciones, eximimos el copago por visita al médico de atención primaria y al especialista descrito en las Secciones 5(a) y 5(e).**

En las Opciones Estándar y Básica, cuando la asignación del Plan se basa en la Lista de cargos por servicios en el extranjero, debe pagar cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada, además de cualquier deducible, coseguro o copago que corresponda. Cuando la asignación del 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 GeoBlue) 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. **En ambas opciones**, eximimos el costo compartido profesional y del centro asociado con los cuidados de emergencia prestados en una sala de emergencias, como se describe en la Sección 5(d).

Para la **atención dental** que recibe en el extranjero, proporcionamos los beneficios descritos en la Sección 5(g). **En la Opción Estándar**, usted paga cualquier diferencia entre la Lista de asignaciones para servicios dentales y la factura del dentista, más cualquier cargo por servicios no cubiertos. **En la Opción Básica**, usted paga un copago de \$35, 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 médicaamente 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 farmacéuticos

Para los **medicamentos recetados comprados en farmacias en el extranjero**, ofrecemos beneficios en los niveles de beneficios Preferidos usando el cargo facturado como nuestra asignación del 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 Sección 5(f) para obtener más información.

Pago de reclamaciones por servicios en el extranjero

La mayoría de los proveedores en el extranjero no tienen obligación alguna de presentar reclamaciones en nombre de nuestros miembros. Sigue los procedimientos enumerados a continuación para presentar reclamaciones 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, enviarnos una reclamación para recibir el reembolso.** Proporcionaremos servicios de traducción y conversión de moneda para sus reclamaciones por servicios en el extranjero.

Presentación de reclamaciones por servicios en el extranjero

Para presentar una reclamación para los servicios de hospitales y proveedores profesionales cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., envíenos un formulario de reclamación 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 reclamación, indique si desea recibir el pago en dólares estadounidenses o en la moneda que figura en las facturas detalladas, y si desea recibir el pago por cheque o transferencia bancaria. Utilice la siguiente información para enviar su reclamación por correo, fax o en forma electrónica:

1. Por correo postal: Federal Employee Program, Overseas Claims, P.O. Box 1568, Southeastern, PA 19399.
2. Fax: 001-610-293-3529. Marque primero el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde envía la reclamación por fax.
3. Internet: ingrese en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya es un usuario registrado en el portal de MyBlue, seleccione el menú “Health Tools” (Herramientas de la salud) y en la sección “Get Care” (Obtener atención), seleccione “Submit Overseas Claim” (Enviar una reclamación por servicios en el extranjero en línea) y siga las instrucciones para enviar una reclamación por servicios médicos. Si todavía no es un usuario registrado, ingrese en MyBlue, haga clic en “Sign Up” (Registrarse) e inscríbase para utilizar el proceso de solicitud en línea.

Si tiene preguntas sobre sus reclamaciones por servicios médicos, llámenos al 888-999-9862, utilizando el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde llama, o envíenos un correo electrónico a través de nuestro sitio web (www.fepblue.org) mediante el portal de MyBlue. También puede escribirnos a la siguiente dirección: Mailroom Administrator, FEP Overseas Claims, P.O. Box 14112, Lexington, KY

Presentación de una reclamación por beneficios de farmacia

40512-4112. Puede obtener los formularios de reclamaciones por servicios en el extranjero de nuestro sitio web, por correo electrónico a feپoverseas@geo-blue.com, o con su Plan Local.

Los medicamentos comprados en el extranjero deben ser equivalentes a los medicamentos que requieren una receta según la legislación federal de los Estados Unidos. Para presentar una reclamación por medicamentos y suministros cubiertos que compras en farmacias fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., complete el formulario de reclamación para medicamentos recetados de venta minorista en el extranjero de FEP y envíelo junto con las facturas o los recibos detallados de la farmacia. La presentación oportuna de reclamaciones de farmacia en el extranjero se limita a un año a partir de la fecha de surtido de la receta. Utilice la siguiente información para enviar su reclamación 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. Fax: 001-480-614-7674. Marque primero el código de acceso de AT&T Direct del país desde donde envía la reclamación por fax.
3. Internet: ingrese en el portal de MyBlue en www.fepblue.org. Si ya es un usuario registrado en el portal de MyBlue, seleccione el menú “Health Tools” (Herramientas de la salud) y en la sección “Get Care” (Obtener atención), seleccione “Submit Overseas Claim” (Enviar una reclamación por servicios en el extranjero) y siga las instrucciones para enviar una reclamación por farmacia. Si todavía no es un usuario registrado, ingrese en MyBlue, haga clic en “Sign Up” (Registrarse) e inscríbase para utilizar el proceso de solicitud en línea.

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

Mientras se encuentre en el extranjero, puede pedir sus medicamentos recetados a través del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos Especializados 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 (NPI, national provider identifier).
- 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 recetados del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos Especializados.

El programa de medicamentos recetados 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 recetados del Servicio de envío por correo o nuestro programa de Farmacias de medicamentos Especializados a países en el extranjero que tienen leyes que restringen la importación de medicamentos recetados de cualquier otro país. Este es el caso incluso cuando una dirección APO o FPO válida está disponible. En caso de estar viviendo en un país tal, puede seguir obteniendo sus medicamentos recetados de una farmacia local en el extranjero y presentarnos una reclamación para obtener el reembolso si la envía por fax al 001-480-614-7674 o la completa a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org/myblue.

Beneficios que no son del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales disponibles para los miembros del Plan

Estos beneficios no forman parte del contrato ni de la prima del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, y no puede presentar una queja ante el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales. Además, estos servicios no son elegibles para los beneficios en virtud del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Le solicitamos que no presente una reclamación 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 visite nuestro sitio web www.fepblue.org.

Blue365®: el Plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross and Blue Shield presenta Blue365, un programa que proporciona fácil acceso a productos y servicios de salud y bienestar de primer nivel para ayudar a los miembros a construir un camino hacia una vida saludable. Con Blue365, los miembros obtienen acceso a más de 90 descuentos cuidadosamente seleccionados de las marcas líderes y no hay límite en la cantidad de ofertas que un miembro puede canjear. Hay muchas ofertas disponibles y se agregan ofertas nuevas constantemente, que incluyen las siguientes:

- Acondicionamiento físico: obtenga el apoyo que necesita para alcanzar sus metas de acondicionamiento físico con ofertas en dispositivos portátiles, ropa, equipos para hacer ejercicio en el hogar, clases de entrenamiento virtual y acceso al gimnasio en persona.
- Ojos y oídos saludables: entre el reemplazo de audífonos y la corrección de la vista, el cuidado de los ojos y oídos puede volverse costoso rápidamente. Blue365 ofrece hasta un 60 % de descuento en audífonos, descuentos en cirugía LASIK y más.
- Hogar y familia: su hogar y familia pueden influir en el bienestar mental, físico, emocional y financiero. Blue365 ofrece descuentos en vitaminas y suplementos de primera calidad, seguro para mascotas, servicios de fertilidad, productos para madres y padres primerizos, ofertas financieras, salud familiar y más.
- Nutrición: Blue365 ofrece una variedad de ofertas que le ayudan a comer bien. Elija entre suscripciones a kits de comidas, platos principales preparados por chefs, planes de control de peso y más.
- Atención personal: un poco de atención personal puede ayudar mucho a mejorar su salud mental. Blue365 ofrece descuentos exclusivos en productos para el cuidado de la piel, productos para el cuidado bucal, kits de blanqueamiento dental, suscripciones de atención plena y mucho más.
- Viajes: a veces, unas vacaciones son todo lo que necesita para escapar del estrés y restablecerse. Blue365 hace que las escapadas familiares sean más asequibles al tener acceso con descuento a alojamiento, alquiler de automóviles y paquetes de vacaciones.

Cada semana, los miembros de Blue365 pueden recibir excelentes ofertas de salud y bienestar por correo electrónico. Con Blue365, no necesita completar papeleo. Simplemente visite <http://www.fepblue.org/blue365> y seleccione Comenzar (Get Started) para obtener más información sobre los diversos proveedores y descuentos de Blue365. El Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield puede recibir pagos de proveedores de Blue365. El Plan no recomienda, respalda, garantiza ni asegura ningún proveedor ni producto específico de Blue365. Los proveedores y el programa están sujetos a cambios en cualquier momento.

Programa de descuento para medicamentos: el programa está disponible para los miembros que no están inscritos en el Programa de medicamentos recetados del FEP de Medicare sin costo de prima adicional. Le permite comprar ciertos medicamentos recetados a precios de descuento que no están cubiertos por el beneficio normal de medicamentos recetados. 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.

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 necesario desde el punto de vista médico para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, 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 médicaamente 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 como pacientes hospitalizados relacionados con tipos específicos de errores médicos y afecciones adquiridas en el hospital, más conocidos como Casos Inadmisibles.
- 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
- Los servicios, medicamentos o suministros relacionados con disfunción sexual o insuficiencia sexual (excepto en el caso de implante quirúrgico de una prótesis peneana para tratar un problema de disfunción eréctil).
- Gastos de desplazamiento excepto según se suministren específicamente para trasplantes cubiertos realizados en un Blue Distinction Center for Transplant (consulte la Sección 5[b]).
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba de un proveedor o centro de salud excluido o suspendido del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.
- 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 la persona inscrita o el Plan, como los cargos excedentes por un titular de beneficios de 65 años o más que no está cubierto por las Partes A o B de Medicare, los honorarios del médico que excedan las cantidades especificadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos si los beneficios son pagaderos según Medicare, o los impuestos estatales sobre las primas, independientemente de cómo se apliquen. Consulte la Sección 9.
- Medicamentos recetados, 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 recetados que sean médicaamente 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 o suministros para el tratamiento de la obesidad, la reducción de peso o el control dietético que no se enumeran específicamente como cubiertos, como, entre otros: alimentos Especializados para la pérdida de peso, equipos de ejercicio o aplicaciones móviles para la pérdida de peso.
- 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 (TMJ, Temporomandibular Joint).
- Servicios de médicos de reserva.
- Servicios de autoayuda o cursos de superación personal.
- Cuidado custodial 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, que sea médicalemente 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), y ciertos servicios de rutina asociados con ensayos clínicos cubiertos (consulte la Sección 9).
- 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 (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, 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 cubierto (consulte la Sección 5[c]).
- Cargos por servicios de membresía o asistencia cobrados por un proveedor de atención médica.
- Cargos asociados con copias, envío por correo electrónico o por correo postal de registros, excepto según se describa específicamente en la Sección 8.
- Servicios que no se incluyen específicamente como cubiertos.
- Servicios o suministros que tenemos prohibido cubrir en virtud de la ley federal
- Servicios relacionados con la subrogación, incluidos, entre otros, servicios de fertilidad para quedar embarazada, servicios de parto o servicios de rutina de atención de recién nacidos al momento del parto. Los beneficios para los servicios en centros que no sean de rutina para bebés elegibles para la cobertura se proporcionarán una vez que el bebé haya sido agregado a la póliza. Consulte la cobertura familiar en Información sobre el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales al comienzo de este folleto para obtener más información sobre quién es elegible para la cobertura.
- Modificación química o quirúrgica de los rasgos sexuales de una persona a través de intervenciones médicas (para incluir servicios de “transición de género”), que no sean excepciones a la mitad del tratamiento, consulte la Sección 3. *Cómo obtener atención*.
- Cualquier beneficio o servicio requerido únicamente para su empleo no está cubierto por este plan.

Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

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

Consulte la Sección 3 para obtener información acerca de procedimientos de reclamación previa al servicio (servicios, medicamentos o suministros que requieren precertificación o aprobación previa), incluidos los procedimientos de reclamaciones de atención de urgencia.

Cómo reclamar los beneficios

Para obtener formularios de reclamaciones u orientación sobre cómo presentar reclamaciones, o para recibir respuesta a sus preguntas sobre nuestros beneficios, comuníquese con nosotros llamando al número de atención al cliente que figura al dorso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

En la mayoría de los casos, los proveedores presentan reclamaciones electrónicas que cumplen con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) por usted. Simplemente muestre su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio cuando reciba servicios. En los casos en los que se debe utilizar una reclamación impresa, el proveedor debe presentarla en el Formulario de reclamación de seguro médico CMS-1500. Su centro de salud presentará un formulario UB-04.

Cuando deba presentar una reclamación, como por ejemplo, cuando otro plan de salud grupal es el pagador primario, presente la reclamación en el formulario CMS-1500 o en un formulario de reclamación que incluya la información que se indica a continuación. Utilice un formulario de reclamación 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 reclamaciones 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 [MSN, Medicare Summary Notice]) junto con su reclamación.
- 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 reclamación es por el alquiler o la compra de equipo médico duradero, atención de enfermería domiciliaria o terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia de rehabilitación cognitiva, debe proporcionar una declaración escrita del proveedor que especifique la necesidad médica del servicio o suministro y la cantidad de tiempo por la que se requiere el servicio.
- Las reclamaciones 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.

- Las reclamaciones por los medicamentos recetados y los suministros que no se reciben del programa de Farmacias minoristas, a través del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o del programa de Farmacias de medicamentos Especializados 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 la Sección 7 para obtener información sobre cómo recibir los beneficios del programa de Farmacias minoristas, del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo y el programa de Farmacias de medicamentos Especializados).

Le notificaremos nuestra decisión en el término de 30 días a partir de la fecha en que recibamos la reclamación 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 reclamaciones que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

Farmacias minoristas preferidas: cuando utilice 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 reclamaciones por usted.

Reembolsamos a la farmacia minorista preferida sus suministros y medicamentos cubiertos. Paga el coseguro o copago correspondiente.

Nota: Aunque utilice farmacias minoristas preferidas, deberá presentar un formulario de reclamación 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 cuando era necesario (consulte la Sección 3).

Los párrafos siguientes incluyen las instrucciones para presentar reclamaciones.

Farmacias minoristas no preferidas

Opción Estándar: debe presentar una reclamación por escrito para los medicamentos o suministros cubiertos que compra en farmacias minoristas no preferidas. Comuníquese con su Plan Local o llame al 800-624-5060 para solicitar un formulario de reclamación para medicamentos recetados 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 reclamación de medicamentos recetados 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 recetados del Servicio de envío por correo

Miembros elegibles: le enviaremos información sobre nuestro programa de medicamentos recetados 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. Complete el formulario inicial del servicio de envío por correo.

Procedimientos de reclamación posterior al servicio

Reclamaciones para medicamentos recetados

2. Adjunte su receta y copago.
3. Envíe 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 de teléfono o ingrese en nuestro sitio web en 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 Especializados no se surtirán a través del programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo. Consulte la Sección 5(f) para obtener información sobre el programa de Farmacias de medicamentos Especializados.

Opción Básica: el programa de medicamentos recetados 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 Especializados

Opciones Estándar y Básica: si el médico le receta un medicamento Especializado que figura en la Lista de medicamentos Especializados del Plan de Beneficios de Servicio, su médico puede pedir la receta inicial si llama a nuestro Programa de farmacias de medicamentos Especializados al 888-346-3731, TTY: 711, o bien usted 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 Especializados 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 Especializados cubiertos, llame al Programa de farmacias de medicamentos Especializados al 888-346-3731, TTY: 711, o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org.

Registros

Archive por separado los gastos médicos de cada miembro cubierto de su familia, ya que los deducibles (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. Conserve copias de todas las facturas médicas, incluidas las que acumula para alcanzar un deducible en la Opción Estándar. En la mayoría de los casos, servirán como comprobante de su reclamación. No proporcionaremos duplicados ni resúmenes de fin de año.

Plazo para presentar su reclamación

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

Nota: La presentación oportuna de reclamaciones de farmacia en el extranjero se limita a un año a partir de la fecha de surtido de la receta.

Reclamaciones por servicios en el extranjero Cuando necesitemos más

Nota: Una vez que pagamos los beneficios, hay una limitación de cinco años sobre la reemisión de cheques no cobrados.

Consulte la información de presentación de reclamaciones en la Sección 5(i).

Responda sin demora cuando le pidamos información adicional. Podremos postergar el

información	procesamiento o rechazar los beneficios de su reclamación si no responde. Nuestro plazo para responder a sus reclamaciones se detiene mientras aguardamos toda la información adicional necesaria para procesar su reclamación.
Representante autorizado	Puede nombrar a un representante autorizado para que actúe en su nombre en la presentación de una reclamación o la apelación de decisiones de reclamaciones ante nosotros. Para reclamaciones de atención de urgencia, se permitirá que un profesional de atención médica que conozca su afección médica actúe como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. A los efectos de esta sección, también nos referiremos a su representante autorizado cuando nos refiramos a usted.
Requisitos de aviso	La Secretaría de Salud y Servicios Humanos ha identificado condados donde, al menos, el 10 % de la población es alfabetizada solo en ciertos idiomas distintos 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 las reclamaciones y las apelaciones (incluidas las revisiones externas) en el idioma diferente del inglés correspondiente. Las versiones en inglés de sus EOB y la correspondencia relacionada incluirán información en el idioma diferente del inglés correspondiente sobre cómo acceder a los servicios lingüísticos en ese idioma.

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

Sección 8. El proceso de reclamaciones en disputa

Siga el proceso para desacuerdos sobre reclamaciones del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales **si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación posterior al servicio** (una reclamación 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 de la reclamación previa al servicio*, describimos el proceso que debe seguir si tiene una reclamación 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 reclamación 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 Oficina de Administración de Personal, 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 ayudarle 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 reclamación, incluidos aquellos que involucren la revisión de su reclamación 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 la reclamación (o, en el caso de beneficios para medicamentos recetados, nuestro programa de Farmacias minoristas, programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o programa de Farmacias de medicamentos Especializados).

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

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

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

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

Paso	Descripción
1	<p>Pídanos por escrito que reconsideraremos nuestra decisión inicial. Debe hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Escríbanos en el término de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión.b) Enviarnos su solicitud a la dirección que figura en su formulario de explicación de beneficios (EOB) para el Plan Local que procesó la reclamación (o, en el caso de beneficios para medicamentos recetados, nuestro programa de Farmacias minoristas, programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o programa de Farmacias de medicamentos Especializados).c) Incluya una declaración de por qué considera que nuestra decisión inicial fue errónea, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto.d) Adjunte copias de los documentos que respaldan su reclamación, como cartas de médicos, informes operativos, 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 reclamación y cualquier criterio nuevo para nuestra decisión sobre la reclamación. Le proporcionaremos esta información con la anticipación suficiente a la fecha en la que debemos brindarle nuestra decisión de la reconsideración para concederle la oportunidad razonable de respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no le brindamos evidencia o criterios nuevos con el tiempo suficiente para que pueda responder de forma oportuna, no invalidará nuestra decisión en la reconsideración. Puede responder a esa evidencia o criterios nuevos en la etapa de revisión de la Oficina de Administración de Personal descrita en el Paso 3.

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

- a) Pagar la reclamación.
- b) Escribirle y reafirmar nuestra negativa.
- c) Solicitarle más información a usted o a su proveedor.

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

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

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

Debe escribir a la Oficina de Administración de Personal en los siguientes plazos:

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

Escriba a la Oficina de Administración de Personal a la siguiente dirección: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employees Insurance Operations, FEHB 1, 1900 E Street NW, Room 3425, Washington, DC 20415-3610.

Envíe la siguiente información a la Oficina de Administración de Personal:

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

Nota: Si desea que la Oficina de Administración de Personal revise más de una reclamación, debe identificar claramente qué documentos se aplican a qué reclamación.

Nota: Usted es la única persona que tiene derecho a presentar un desacuerdo sobre una reclamación ante la Oficina de Administración de Personal. 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 reclamaciones de atención de urgencia, un profesional de atención médica que conozca su afección médica puede actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.

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

- 4** La Oficina de Administración de Personal revisará su solicitud relacionada con el desacuerdo sobre la reclamación y utilizará la información que reciba de usted y de nosotros para establecer si nuestra decisión es correcta. La Oficina de Administración de Personal decidirá si aplicamos correctamente los términos de nuestro contrato cuando rechazamos su reclamación o solicitud de servicio. La Oficina de Administración de Personal le enviará una decisión definitiva o le notificará el estado de la revisión de la Oficina de Administración de Personal dentro de los 60 días.

No existe ningún otro recurso administrativo de apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Oficina de Administración de Personal, su único recurso es iniciar una acción judicial. Si desea iniciar una acción judicial, debe presentar la demanda contra la Oficina de Administración de Personal 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 precertificación o aprobación previa. Este es el único plazo que no se podrá prorrogar.

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

No podrá iniciar una acción judicial hasta que haya cumplido con el proceso para desacuerdos sobre reclamaciones. 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 Oficina de Administración de Personal cuando decidió reafirmar o revocar nuestra decisión. Solo puede recuperar la cantidad de beneficios en desacuerdo.

Nota: Si tiene una afección grave o que pone en peligro su vida (una afección que puede causar la pérdida permanente de las funciones corporales o la muerte si no se trata lo antes posible) y no indicó que su reclamación era una reclamación 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 reclamación) o informaremos a la Oficina de Administración de Personal para que puedan revisar su reclamación en apelación más rápido. Puede llamar al Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 1 de la Oficina de Administración de Personal al 202-606-0727 de 8 a.m. a 5 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 familiar están cubiertos en este Plan. Debemos presentar los problemas de elegibilidad a su oficina de personal/nóminas si es empleado, a su sistema de jubilación si es titular de beneficios o a la Oficina de Programas de Compensación del Trabajador si está recibiendo beneficios de Compensación del Trabajador.

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

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

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

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

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

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

Cuando seamos el pagador secundario, estableceremos nuestra asignación. Luego de que el plan primario procese el beneficio, pagaremos el saldo de nuestra asignación, hasta la cantidad de nuestro beneficio normal. No pagaremos más que nuestra asignación. Por ejemplo, generalmente solo compensamos la diferencia entre el pago de los beneficios del pagador primario y el 100 % de la asignación del plan, sujeto a nuestros deducibles aplicables (según la Opción Estándar) y las cantidades del coseguro o copago, excepto cuando Medicare sea el pagador primario (se describe más adelante en esta sección). 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 presente una reclamación 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 las reclamaciones.*

• TRICARE y CHAMPVA

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

Cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales

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

• Compensación del trabajador

Todas las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo deben informarse a su supervisor lo antes posible. Lesión también se refiere a cualquier enfermedad causada o agravada por el empleo, así como daños a aparatos de ortodoncia médicos, 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 obtener el tratamiento. Si la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores (OWCP, Office of Workers' Compensation Programs) del Departamento de Trabajo acepta su tratamiento médico, el proveedor recibirá una compensación de la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores. 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. Lleve el formulario CA-16 y el formulario OWCP-1500/HCFA-1500 a su proveedor, o envíelo a su proveedor lo antes posible después del tratamiento, para evitar complicaciones sobre si su tratamiento está cubierto por este plan o por la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores.

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 determine que le corresponde proporcionar.
- La Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores o un organismo similar paga a través de una indemnización por lesiones contra terceros u otro procedimiento similar, de acuerdo con una reclamación que usted presentó de acuerdo con las disposiciones de la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores o leyes similares.

Una vez que la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales para inscribirse en uno de estos programas del estado, lo que elimina su prima del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, comuníquese con su oficina de jubilación o empleo. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, por lo general, podrá hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierda involuntariamente la cobertura en virtud del programa del estado.

Cuando otros organismos del gobierno son responsables de su atención

Cuando otras personas son responsables de las lesiones

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

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

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

Si reclama una indemnización por daños y perjuicios como consecuencia de su enfermedad o lesión, debe notificarnos sin demora si tiene alguna reclamación 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 reclamación, a fin de recuperar la cantidad total de los beneficios que hayamos pagado o

pagaremos.

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

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

Nuestros derechos de resarcimiento y subrogación según lo descrito en esta Sección pueden ser exigidos, a opción de la Aseguradora, por la Aseguradora, por cualquiera de los Planes Locales que administraron los beneficios pagados en relación con la lesión o enfermedad en cuestión, o por cualquier combinación de estas entidades. Tenga en cuenta que más de un Plan Local puede tener derecho de resarcimiento/subrogación de reclamaciones que surjan de un solo incidente (p. ej., un accidente automovilístico que derive en reclamaciones 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 se lesionó, por ejemplo, en un accidente automovilístico o a través de una mala praxis médica
- Cuando se lesionó estando en la propiedad de un tercero
- Cuando se lesionó 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales se mantiene como su cobertura primaria. La cobertura del Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales paga como pagador secundario después de esa cobertura. Cuando se inscriba en un plan dental o de la vista en BENEFEDS.gov o por teléfono en el 1-877-888-3337, (TTY 1-877-889-5680), le pedirán información sobre su Plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales para que sus planes puedan coordinar los beneficios. Al proporcionar su información del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, podrá reducir sus costos de desembolso directo.

Ensayos clínicos

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

- **Costos de la atención de rutina:** los costos de los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico, como las visitas al médico, los análisis de laboratorio, las radiografías y las pruebas de detección, así como las hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la afección del paciente, independientemente de que el paciente se encuentre en un ensayo clínico o reciba terapia estándar. Ofrecemos beneficios para estos tipos de costos a los niveles de beneficios descritos en la Sección 5 (*Beneficios*) cuando los servicios estén cubiertos en virtud del Plan y determinemos que son médicaamente 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 la Sección 5(b). **Los costos de atención extra relacionados con la participación en cualquier otro tipo de ensayo clínico no están cubiertos.** Le recomendamos que llame al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para analizar los servicios específicos si participa en un ensayo clínico.
- **Costos de investigación:** los costos relacionados con la realización de ensayos clínicos, como el tiempo de médicos y personal de enfermería dedicados a la investigación, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas únicamente para fines de investigación. Por lo general, estos costos están cubiertos por los ensayos clínicos. Este Plan no cubre estos costos.

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

Cuando tiene Medicare

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 las reclamaciones 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 recetados 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 Sección 3 para conocer las excepciones).

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

Cuando somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero.

Cuando el Plan Medicare Original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamación primero. En la mayoría de los casos, sus reclamaciones se coordinarán automáticamente y luego proporcionaremos beneficios secundarios por los cargos cubiertos. Para averiguar si necesita hacer algo para presentar sus reclamaciones, 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 visite nuestro sitio web en 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 coseguro 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 asignación 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 médica cubiertos
 - Coseguro por servicios en centros de salud para pacientes ambulatorios
- En la **Opción Básica**, renunciaremos a nuestro(s):
 - Copagos y coseguro por atención recibida de profesionales y centros de salud proveedores cubiertos

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

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

- **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. Es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que pagamos.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si es elegible para recibir Medicare, puede optar por inscribirse y recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage. Estos son distintos planes de atención médica privados (similares a HMO y PPO regionales) que están disponibles en algunas áreas del país. Para 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. 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, coseguro o deducibles si 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 coseguro por los servicios que reciba de proveedores Preferidos que no participen en el plan Medicare Advantage. Recuerde que debe recibir atención de proveedores Preferidos para recibir los beneficios de la Opción Básica. Consulte la Sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Suspensión de la cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales para inscribirse en un plan Medicare Advantage: si es titular de beneficios o excónyuge, puede suspender su cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales e inscribirse en un plan Medicare Advantage, lo que elimina su prima del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. (La Oficina de Administración de Personal no contribuye a la prima de su plan Medicare Advantage). Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, comuníquese con su oficina de jubilación o empleo. Si en el futuro desea volver a inscribirse en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, por lo general, podrá hacerlo únicamente en el siguiente período de Inscripción Abierta, a menos que pierda involuntariamente la cobertura o se mude fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

- **Cobertura de medicamentos recetados por Medicare (Parte D)**

Cuando somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero. Si se inscribe en la Parte D de Medicare y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos las reclamaciones para determinar sus costos de medicamentos recetados que no cuentan con cobertura de la Parte D de Medicare y evaluaremos la posibilidad de pagarlos en virtud del Plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

- Plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare bajo el plan Employer Group Waiver Plan (PDP EGWP)**

Si está inscrito en Medicare y no está inscrito en un plan Medicare Advantage (Parte C), será inscrito automáticamente en el plan de medicamentos recetados (PDP, Prescription Drug Plan) bajo el plan Employer Group Waiver Plan (EGWP) de Medicare. El PDP EGWP es un beneficio de medicamentos recetados para los beneficiarios de anualidades cubiertos por el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y sus familiares cubiertos por el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales que son elegibles para Medicare. Esto le permite recibir beneficios que nunca serán inferiores a su cobertura disponible para miembros con solo el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, pero con más frecuencia recibirá beneficios que son mejores que los miembros con solo el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

Este Plan y nuestro PDP EGWP: se le inscribirá automáticamente en nuestro PDP EGWP y continuará inscrito en nuestro plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. La participación en el PDP EGWP es voluntaria y **usted tiene la opción de excluirse de esta inscripción en cualquier momento.** Para obtener información adicional sobre cómo excluirse, visítenos en www.fepblue.org/medicarerx, busque el formulario de cancelación de inscripción en el proceso de inscripción automática y siga las instrucciones proporcionadas.

- Cobertura de medicamentos recetados por Medicare (Parte B)**

Este plan de salud no coordina sus beneficios de medicamentos recetados 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales por su cuenta como un empleado activo.		✓
2) Tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales por su cuenta como titular de beneficios o través de su cónyuge que es titular de beneficios.	✓	
3) Tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales a través de su cónyuge que es empleado activo.		✓
4) Es titular de beneficios, el gobierno federal le ha empleado nuevamente y su cargo está excluido del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y no tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales a través de su cónyuge en virtud del punto n.º 3 anterior.	✓	
5) Es titular de beneficios, el gobierno federal le ha empleado nuevamente y su cargo no está excluido del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (la oficina de empleo sabrá si ese es el caso) y...		
• Tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales por su cuenta o a través de su cónyuge que también es empleado activo.		✓
• Tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 (U.S.C., United States Code), 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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.	<input checked="" type="checkbox"/> para servicios de la Parte B	<input checked="" type="checkbox"/> para otros servicios
8) Es un empleado federal que recibe compensación laboral.		<input checked="" type="checkbox"/> *
9) Es un empleado federal que recibe los beneficios por discapacidad durante seis meses o más.	<input checked="" type="checkbox"/>	
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).		<input checked="" type="checkbox"/>
• 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.	<input checked="" type="checkbox"/>	
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).		<input checked="" type="checkbox"/>
• Medicare era el pagador primario antes de ser elegible por padecer ESRD.	<input checked="" type="checkbox"/>	
3) Tiene Continuación temporal de la cobertura (TCC) y...		
• Medicare según la edad y la discapacidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	
• Medicare según ESRD (durante el período de coordinación de 30 meses).		<input checked="" type="checkbox"/>
• Medicare según ESRD (luego del período de coordinación de 30 meses).	<input checked="" type="checkbox"/>	
C. Cuando usted o un miembro cubierto de su familia es elegible para Medicare únicamente debido a una discapacidad y usted...		
1) Tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales por su cuenta como empleado activo o a través de un miembro de la familia que también es empleado activo.		<input checked="" type="checkbox"/>
2) Tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales por su cuenta como titular de beneficios o a través de un miembro de la familia que es titular de beneficios.	<input checked="" type="checkbox"/>	
D. Cuando usted tiene cobertura en virtud de la disposición de Equidad para el Cónyuge del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales como excónyuge		

*La Compensación del Trabajador es el pagador primario para las reclamaciones relacionadas 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales, debemos limitar nuestros pagos por **atención en hospital para pacientes hospitalizados** y por **atención médica** a aquellos pagos que tendría derecho a recibir si tuviera Medicare. Su médico y su hospital deben respetar las normas de Medicare y no pueden facturarle más de lo que le facturarían si tuviera Medicare. Usted y el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. (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.
 - Es 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 médica, la ley nos exige basar nuestro pago y su coseguro o copago aplicable en lo siguiente:

- una cantidad autorizada 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 la reclamación y pertenece a nuestra red preferida.

Es responsable:

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.

Es responsable:

Opción Estándar: sus deducibles, coseguro y copagos, y el saldo 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 cobrarle su proveedor preferido en particular.

Es responsable:

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

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

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

Es responsable:

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

Opción Básica: todos los cargos.

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

Es 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 cobrarle el médico u hospital. Si su médico u hospital tratan de cobrarle más de la cantidad que permite la ley, pídale a su médico u hospital que reduzcan los cargos. Si ha pagado más de lo permitido, solicite 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 firme un contrato privado en el que acepta 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 visita un médico que ha renunciado a Medicare, el médico no tendrá el límite del 115 % de la cantidad autorizada por Medicare. Puede ser elegible para pagar la diferencia entre la cantidad facturada 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 complemente los beneficios que pagaría Medicare a través de la Parte A de Medicare (seguro para hospitales) y la Parte B de Medicare (seguro médico), independientemente de que Medicare pague o no.

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

Utilizamos la Asesoría de remisión equivalente a Medicare (MRA, Medicare-Equivalent Remittance Advice) del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, Veterans Affairs) 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 del Departamento de Asuntos de Veteranos.

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 la reclamación.

- 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 Sección 3 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 (MSN) que reciba de Medicare incluirá más información sobre el cargo límite. Si su médico trata de cobrarle más del monto que permite la ley, pídale que reduzca los cargos. Si no lo hace, denúncielo a la aseguradora de Medicare que le envió el formulario de MSN. Llámenos si necesita más asistencia.

Revise los siguientes ejemplos que ilustran 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: Deductible

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$350 individual, \$700 familiar
Opción Estándar Usted paga **con** la Parte A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: N/C
Opción Básica **con** las Parte 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 individual, \$16,000 familiar
Opción Estándar Usted paga **con** la Parte A y B de Medicare: \$8,000 individual, \$16,000 familiar
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: \$7,500 individual, \$15,000 familiar
Opción Básica **con** las Parte A y B de Medicare: \$7,500 individual, \$15,000 familiar

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** la Parte A y B de Medicare: N/C
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: N/C
Opción Básica **con** las Parte A y B de Medicare: \$800

Descripción de los beneficios: Médico de atención primaria

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$30
Opción Estándar Usted paga **con** la Parte A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: \$35
Opción Básica **con** las Parte A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Especialista

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$40
Opción Estándar Usted paga **con** la Parte A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: \$50
Opción Básica **con** las Parte A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Hospital para pacientes hospitalizados

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: \$450
Opción Estándar Usted paga **con** la Parte A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: \$425/día hasta \$2,975
Opción Básica **con** las Parte A y B de Medicare: \$0.00

Descripción de los beneficios: Servicios ambulatorios en el hospital

Opción Estándar Usted paga **sin** Medicare: 15 % o copago de \$30
Opción Estándar Usted paga **con** la Parte A y B de Medicare: \$0.00
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: 35 % o copago de \$35-\$500
Opción Básica **con** las Parte 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** la Parte A y B de Medicare: N/C
Opción Básica Usted paga **sin** Medicare: N/C
Opción Básica **con** las Parte A y B de Medicare: N/C

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

Lesión producida en un accidente	Una lesión causada por una fuerza o un agente externos, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata, incluidas mordidas y picaduras venenosas de animales. Nota: Las lesiones sufridas en los dientes mientras 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 estándares o, si tiene un diagnóstico de enfermedad terminal y toma decisiones sobre la atención que quisiera recibir si no puede hablar sin ayuda.
Agentes	Los medicamentos y otras sustancias o productos administrados por boca, inhalados, que le coloquen o inyecten para diagnosticar, evaluar o tratar su afección. Los agentes incluyen medicamentos y otras sustancias o productos necesarios para realizar pruebas, como tomografías óseas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, exploraciones pulmonares y radiografías, al igual que aquellas inyectadas en la articulación.
Cesión	Una autorización del miembro o su cónyuge para que paguemos beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarle 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. Su consentimiento específico por escrito para que un representante autorizado designado actúe en su nombre para solicitar la reconsideración de una decisión de reclamación (o, para una reclamación de atención de urgencia, para que un representante actúe en su nombre sin designación) no constituye una Asignación. El contrato de la Oficina de Administración de Personal con nosotros, basado en una ley y reglamentación federal, le da derecho a solicitar una revisión judicial de la acción final de la Oficina de Administración de Personal sobre la denegación de una reclamación de beneficios de salud, pero no le otorga la autoridad para asignar su derecho a presentar dicha demanda a ninguna otra persona o entidad. Cualquier acuerdo que celebre con otra persona o entidad (como un proveedor u otra persona o entidad) que autorice a esa persona o entidad a presentar una demanda contra la Oficina de Administración de Personal, ya sea que actúe en su nombre o no, no constituye una Asignación, no es una autorización válida en virtud de este contrato y es nulo.
Tecnología de reproducción asistida (ART)	Visite www.fepblue.org para obtener un formulario de autorización válido. Servicios de reproducción, pruebas y tratamientos que involucran la manipulación de óvulos, espermas y embriones para lograr el embarazo. En general, los procedimientos de tecnología de reproducción asistida (ART) se utilizan para extraer óvulos de una persona que está ovulando, combinarlos con el esperma en un laboratorio y luego implantar los embriones o donarlos a otra 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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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 Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. que puede sustituir automáticamente el medicamento biológico de marca original.
Año calendario	Desde el 1. ^º de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para los nuevos miembros, el año calendario comienza en la fecha de entrada en vigencia de la inscripción y finaliza el 31 de diciembre del mismo año.
Aseguradora	The Blue Cross and Blue Shield Association, en nombre de los Planes locales de Blue Cross and Blue Shield.

Ensayos clínicos	Un ensayo clínico aprobado incluye un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o afección que pone en peligro la vida; y posee financiación federal, se lleva a cabo en virtud de una solicitud de un nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.; o es un ensayo de un medicamento que está exento del requisito de solicitud de un nuevo medicamento en investigación.
Coseguro	Consulte la Sección 4.
Reclamaciones de atención simultánea	Una reclamación para atención continua o un tratamiento continuo que está sujeto a aprobación previa. Consulte 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.
Cirugía estética	Cualquier procedimiento quirúrgico o cualquier parte de un procedimiento quirúrgico efectuado principalmente con el fin de mejorar el aspecto físico a través del cambio de la forma del cuerpo, excepto cuando sea para reparar una lesión producida en un accidente, o para restablecer o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una enfermedad o intervención quirúrgica o para reparar una anomalía congénita.
Costo compartido	Consulte la Sección 4.
Servicios cubiertos	Los servicios para los que proporcionamos beneficios, según se describe en este folleto.
Cuidado custodial o atención a largo plazo	<p>La atención en centros de salud que no requiere el acceso a todos los aspectos de los servicios prestados por profesionales de atención médica con licencia que están disponibles las 24 horas en el ámbito de hospitalización para enfermos agudos, a fin de evitar consecuencias inminentes, graves, médicas o psiquiátricas. Por "centros de salud", se hace referencia a los servicios prestados en un hospital, centro de salud para atención de largo plazo, centro de salud para atención prolongada, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento residencial, escuela, centros de rehabilitación, hogares de grupo o cualquier otro centro de salud proveedor de servicios o tratamientos Especializados o No Especializados a individuos cuyas afecciones se hayan estabilizado. El cuidado custodial o la atención de largo plazo también pueden proporcionarse en el hogar del paciente, independientemente de cómo se defina.</p> <p>El cuidado custodial o la atención de largo plazo pueden incluir servicios que una persona sin capacitación médica podría brindar sin riesgos y adecuadamente con un mínimo de capacitación, o que principalmente ayudan al paciente en actividades de la vida diaria, por ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención personal, incluida ayuda para caminar, levantarse de la cama y acostarse, bañarse, comer (con una cuchara, por un tubo o gastrostomía), hacer ejercicio o vestirse 2. Tareas domésticas, como preparar comidas o dietas especiales 3. Movilización del paciente 4. Actuar como compañero o cuidador 5. Supervisar la administración de medicamentos que generalmente pueden ser administrados por el mismo paciente 6. Tratamientos o servicios que una persona puede brindar con un mínimo de preparación, como tomar el pulso, la temperatura y el ritmo respiratorio, o administrar y controlar los sistemas de alimentación <p>Nosotros no ofrecemos beneficios para el cuidado custodial o la 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 cuidado custodial o atención de largo plazo.</p>

Equipo médico duradero	Equipos y suministros que:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fueron indicados por su médico (es decir, el médico que le está tratando por su enfermedad o lesión). 2. Son médicaamente necesarios. 3. Se utilizan principal y habitualmente solo con fines médicos. 4. Por lo general, son útiles solo para una persona con una enfermedad o lesión. 5. Fueron diseñados para uso prolongado. 6. Cumplen un objetivo terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión.
Servicios experimentales o de investigación	Experimental o de investigación significará lo siguiente:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un medicamento, dispositivo o producto biológico que no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.; y, al momento en que se suministra, no se ha otorgado la aprobación para su comercialización. 2. Hay pruebas confiables que demuestran que el servicio de atención médica (p. ej.: procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento o producto biológico) es objeto de ensayos clínicos en desarrollo en fase I, II o III, o que se encuentra en estudio para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia; o su eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico habituales. 3. Hay pruebas confiables que demuestran que la opinión de consenso de los expertos con respecto al servicio de atención médica (p. ej., procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento o producto biológico) es que se requieren nuevos estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia; o su eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico habituales. 4. Hay pruebas confiables que demuestran que el servicio de atención médica (p. ej.: procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento o producto biológico) no mejora el resultado de salud neto, no tiene tantos beneficios como cualquier otra alternativa establecida o no produce mejoras fuera del ámbito de la investigación.
	Únicamente se considerarán pruebas confiables la evidencia publicada en obras médicas evaluadas por pares que cuenta con el reconocimiento general de la comunidad médica pertinente y las recomendaciones de la sociedad de médicos Especializados, como las siguientes:
	<ol style="list-style-type: none"> 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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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 Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. como intercambiable con su medicamento de marca.
Cobertura de salud colectiva	La cobertura de atención médica para la que es elegible en función de su empleo, asociación o vinculación con una organización o un grupo en particular, y que proporciona el pago de servicios o suministros médicos, o paga una cantidad específica de más de \$200 por día por hospitalización (incluida la prórroga de cualquiera de estos beneficios a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act]).

Profesionales de atención médica	Un médico u otro profesional de atención médica autorizado, acreditado o certificado para prestar los servicios de salud especificados de acuerdo con la ley estatal. Consulte la Sección 3 para obtener información sobre cómo determinamos los profesionales de atención médica que están cubiertos por este Plan.
Evaluación de riesgos de salud (HRA)	Un cuestionario diseñado para evaluar su estado de salud en general e identificar los riesgos potenciales de salud. Los miembros del Plan de Beneficios de Servicio tienen acceso a la HRA de Blue Cross and Blue Shield (llamada “Evaluación de Salud de Blue”) que está respaldada por un programa computarizado que analiza la información sobre su salud y estilo de vida, y le proporciona un plan de acción de salud personal y confidencial que está protegido por las disposiciones de seguridad y privacidad de la HIPAA. Los resultados de la Evaluación de Salud de Blue incluyen sugerencias prácticas para realizar cambios saludables, así como información importante sobre la salud acerca de la que le recomendamos conversar con su proveedor de atención médica. Para obtener más información, visite nuestro sitio web, www.fepblue.org .
Infertilidad iatrogénica	Infertilidad causada por una intervención médica o quirúrgica médica necesaria utilizada para tratar una afección o enfermedad.
Infertilidad	Una enfermedad o afección caracterizada por el hecho de no establecer un embarazo o por no llevar un embarazo hasta el nacimiento con vida después de tener relaciones sexuales regulares y sin protección, o la incapacidad de una persona para reproducirse como individuo o con su pareja sin intervención médica, o los hallazgos de un médico con licencia en función de los antecedentes médicos, sexuales y reproductivos, la edad o las pruebas de diagnóstico de un paciente.
Paciente hospitalizado	Usted es un paciente hospitalizado cuando le ingresan formalmente en un hospital con la orden de un médico. Nota: La atención de pacientes hospitalizados requiere precertificación. Para algunos servicios y procedimientos también debe obtenerse aprobación previa. Consulte la Sección 3.
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 de uso médico	El término alimento de uso médico, 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 de uso médico, 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	<p>Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que reúnen los criterios de necesidad médica. “Necesidad médica” significará los servicios de atención médica que un médico, hospital u otro profesional o centro de salud proveedor cubiertos, en el ejercicio de juicio clínico prudente, daría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que tienen las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Están de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados en los Estados Unidos. 2. Son clínicamente apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y se los considera efectivos para la enfermedad, lesión o afección del paciente, o sus síntomas. 3. No son principalmente para la comodidad del paciente, el médico u otro proveedor de atención médica y no son más costosos que un servicio alternativo o secuencia de servicios que tenga al menos la misma probabilidad de producir resultados de diagnóstico o terapéuticos que el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente, o sus síntomas. 4. No forman parte ni se relacionan con la educación académica o la capacitación vocacional del paciente. 5. En el caso de la atención de pacientes hospitalizados, solo puede proporcionarse en forma segura en un ámbito de hospitalización. <p>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.</p> <p>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.</p>
Afecciones agudas menores	<p>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 resfriado y gripe, etc.</p>
Casos inadmisibles	<p>Errores en la atención médica que son claramente identificables, evitables y graves en sus consecuencias, tales como cirugías practicadas en una parte equivocada del cuerpo, y afecciones específicas que puede contraer durante su estadía en el hospital, tales como escaras graves de decúbito.</p>
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 ambulatoria.</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 pregunte al médico o al personal del hospital si su estadía se considera como paciente hospitalizado o ambulatorio.</p>
Paciente ambulatorio	<p>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 pasa la noche en el hospital.</p>
Asignación del plan	<p>Nuestra asignación del 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 asignaciones de diferentes maneras. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener ayuda para obtener la asignación del plan. Si el monto que factura su proveedor por servicios cubiertos es menor que nuestra asignación, basamos la parte que le corresponde pagar (coseguro, deducible o copagos) en la cantidad facturada. Calculamos nuestra asignación de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de la PPO: nuestra asignación (la que podemos llamar “asignación para proveedores Preferidos” [PPA, Preferred Provider Allowance]) es la cantidad negociada que los proveedores

Preferidos (hospitales y otros centros de salud, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que tienen contrato con cada Plan Local de Blue Cross and Blue Shield y las farmacias minoristas que tienen contrato con CVS Caremark) han estado de acuerdo en aceptar como pago total cuando pagamos los beneficios primarios.

Nuestra asignación de la PPO incluye todos los descuentos de los que tengamos conocimiento y que podamos calcular con exactitud en el momento de procesar su reclamación. Para los centros de salud de la PPO, en ocasiones, nos referimos a nuestra asignación como “tarifa preferida”. La tarifa preferida puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de haber procesado su reclamación 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 Sección 5[g] para obtener información especial sobre los límites en las cantidades que pueden cobrarle los dentistas Preferidos en la Opción Estándar).

- **Proveedores participantes:** nuestra asignación (la que podemos llamar “asignación para proveedores participantes” [PAR, Participating Provider Allowance]) es un monto negociado que estos proveedores (hospitales y otros centros de salud, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que tienen contrato con algunos Planes locales de Blue Cross and Blue Shield) han estado de acuerdo en aceptar como pago total cuando pagamos beneficios primarios. Para los centros de salud, en ocasiones, nos referimos a nuestra asignación 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 reclamación y puede estar sujeta a un ajuste periódico luego de procesado su reclamación 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 asignación 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 asignación se basa en la asignación del Plan Local. La asignación del Plan Local varía por región y es determinada por cada Plan. Si desea obtener información adicional o la cantidad permitida 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 asignación es la cantidad facturada o la cantidad de pago calificada (QPA, qualifying payment amount) 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 asignación es la asignación del Plan Local. Esta asignación 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 desembolso directo totales.
 - Para los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios prestados o facturados por hospitales y otros centros de salud que no tienen contrato con los planes locales de Blue Cross and Blue Shield (“centros de salud no miembros”), nuestra asignación es la autorizada por el Plan Local de la zona geográfica en la que se realizó u obtuvo la atención. Esta asignación 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 asignación y la cantidad facturada. Es posible que pueda reducir sus gastos de desembolso directo al utilizar un hospital preferido para su procedimiento quirúrgico ambulatorio o diálisis. Para localizar un proveedor preferido, visite 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 asignación es la cantidad facturada o la cantidad de pago calificada (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales (menos cualquier monto por servicios no cubiertos), lo que sea menor.
- Para los servicios médicos que no son de emergencia prestados en hospitales Preferidos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos identificados en virtud de la Ley de No Sorpresas (NSA) (consulte la Sección 4) 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 asignación es igual a la cantidad facturada o a la cantidad de pago calificada (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor.
- Para médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que no tienen contrato con su Plan Local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra asignación es igual a la que sea mayor entre las siguientes: (1) el monto de la lista de cargos para proveedores participantes de Medicare o el precio de venta promedio (ASP, Average Sale Price) 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 asignación del 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 asignación es la asignación del Plan Local. Comuníquese con su Plan Local si necesita más información. Podemos referirnos a nuestra asignación para los proveedores no participantes como "NPA" (por asignación para proveedor no participante [Non-participating Provider Allowance]).
- Para los servicios médicos de emergencia prestados en el departamento de emergencias de un hospital proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos, y proveedores de ambulancia aérea que no tienen contrato con su plan local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra asignación es igual a la cantidad facturada o a la cantidad de pago calificada (QPA) que se determine de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, lo que sea menor.
- Para los medicamentos recetados proporcionados por farmacias minoristas que no tienen contrato con CVS Caremark, nuestra asignación es el precio mayorista promedio (AWP) de un medicamento en la fecha en que se despacha, conforme a lo estipulado por Medi-Span en su registro nacional de medicamentos.
- Para los servicios que 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 GeoBlue), utilizamos nuestra Lista de cargos por servicios en el extranjero para determinar nuestra asignación. 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 asignación como pago total. Si utiliza proveedores no participantes o no miembros, será responsable de cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada (excepto en determinadas circunstancias que involucran atención de un profesional no participante cubierta; consulte a continuación). Además, será responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicables. Puede reducir sus gastos de desembolso directo al utilizar proveedores Preferidos siempre que sea posible. Para localizar un proveedor preferido, visite 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 asignación para proveedores no participantes (NPA) y la cantidad facturada. Consulte la Sección 3.

Para obtener más información, consulte las *Diferencias entre nuestra asignación y la factura* en la Sección 4. Para obtener más información sobre cómo les pagamos a los proveedores en el extranjero, consulte la Sección 5(i).

Reclamaciones posteriores al servicio

Toda reclamación que no es previa al servicio. Es decir, las reclamaciones posteriores al servicio son aquellas reclamaciones en los que el tratamiento se ha realizado y nos han enviado las reclamaciones 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 médica y otros profesionales de atención médica cubiertos (o para farmacias minoristas, entre las farmacias y CVS Caremark) para proporcionarle servicios a un menor costo. La PPO le ofrece la oportunidad de reducir sus gastos de desembolso directo por su atención al seleccionar los centros de salud y proveedores de un grupo específico. Hay proveedores de la PPO disponibles en la mayoría de las áreas; utilizarlos siempre que sea posible ayuda a contener los costos de atención médica y reduce sus costos de desembolso directo. La selección de los proveedores de la PPO depende exclusivamente del Plan Local (o, para farmacias, de CVS Caremark). No podemos garantizar que ningún proveedor en particular continuará participando en estos acuerdos con la PPO.

Reclamaciones previas al servicio

Aquellas reclamaciones (1) que requieren precertificación o aprobación previa; y (2) en las que no obtener la precertificación o aprobación previa da como resultado una reducción de los beneficios.

Atención preventiva, para adultos

La atención preventiva del adulto incluye los siguientes servicios: visitas al consultorio y exámenes preventivos (que incluyen servicios de detección de la salud para medir la estatura, el peso, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el índice de masa corporal [IMC]); 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; asesoramiento sobre la reducción de riesgos de salud; pruebas de detección de depresión; pruebas de detección de clamidía, 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.

Nota: Los servicios de anestesia y patología relacionados con las pruebas de detección quirúrgicas colorrectales de prevención también se pagan como atención preventiva.

Aprobación previa

La confirmación por escrito de que se proporcionarán beneficios que dan las siguientes entidades:

1. el Plan Local del área donde se brindarán los servicios; o
2. el Programa de Farmacias Minoristas, el programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo o el programa de Farmacias de medicamentos Especializados.

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

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).

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 Especializados	Los productos farmacéuticos incluidos en la Lista de medicamentos Especializados del Plan de Beneficios de Servicio que, por lo general, tienen un costo alto y una o más de las siguientes características:
	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes terapéuticos orales, inyectables, infundidos o inhalados, o productos de biotecnología • Terapia de medicamentos compleja para una afección crónica o compleja, o alta posibilidad de efectos adversos del medicamento • Requieren capacitación especializada del paciente sobre la administración del medicamento (incluidos los suministros o dispositivos necesarios para la administración) y coordinación de la atención antes de la iniciación de la terapia de medicamentos o durante la terapia. • Cumplimiento del paciente y requisitos de control de seguridad únicos • Requisitos únicos de manipulación, envío y almacenamiento
Subrogación	La búsqueda de una indemnización de una aseguradora de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable o un programa de compensación de trabajadores o póliza de seguro, como sucesor de los derechos de una persona cubierta que sufrió una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios del plan de beneficios de salud de la aseguradora.
Dermatología mediante el servicio de telesalud	En función del beneficio de telesalud, las afecciones dermatológicas que se ven y tratan incluyen, entre otras, las siguientes: acné, dermatitis, eccema, psoriasis, rosácea, queratosis seborreica, infecciones micóticas, sarna, lunares sospechosos y verrugas. Los miembros capturan imágenes digitales importantes, las combinan con las respuestas del cuestionario integral y envían esta información a la red de dermatología sin la necesidad de una interacción por teléfono o video.
Servicios de telesalud	Los servicios que no son de cuidado de emergencia prestados por teléfono o mensajería/video en línea seguro para afecciones agudas menores, atención dermatológica y asesoramiento para trastornos de salud conductual, 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 médica los revise más adelante en un lugar distante sin que el paciente esté presente. Los proveedores deben prestar servicios cubiertos que actúen dentro del alcance de su licencia o certificación en virtud de la ley estatal aplicable. Tenga en cuenta que su proveedor de atención médica debe saber cuándo y dónde puede tratarle. Usted, por su parte, es responsable de identificar con precisión a su proveedor donde se encuentra físicamente para el servicio que recibió 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.
Reclamaciones de atención de urgencia	Una reclamación de atención médica o tratamiento médico es una reclamación de atención de urgencia si la espera del tiempo límite normal de las reclamaciones de atención médica no urgente pudiera tener una de las siguientes consecuencias:
	<ul style="list-style-type: none"> • La espera podría en peligro su vida o su salud. • La espera podría en peligro su posibilidad de recuperar sus funciones por completo. • Según la opinión de un médico que conozca su afección médica, la espera lo sometería a un dolor agudo que no podría controlarse adecuadamente sin la atención o los tratamientos sujetos a

reclamación.

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

Si considera que su reclamación califica como una reclamación 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 la reclamación es urgente. Además, puede probar que la reclamación es una reclamación de atención de urgencia si proporciona evidencia de que un médico que conoce su afección médica ha determinado que su reclamación implica atención de urgencia.

Nosotros/nos/nuestro “Nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren al Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield y los Planes Locales de Blue Cross and Blue Shield que lo administran.

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

No debe basarse en esta página únicamente; 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**.....133-134
Lesión producida en un accidente..88-91, 120-121, 151
Acupuntura.....60, 72-73
Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).....113-118
Atención de alergias51-52
Trasplantes alogénicos.....68-70
Tratamientos alternativos60
Ambulancia32, 86-87
Centro quirúrgico ambulatorio18-20, 77-81
Anestesia72-73
Angiografías40-41, 77-81
Apelaciones27, 137
Análisis conductual aplicado (ABA)52-53, 77-81
Asistente de cirujano20-21, 63-64
Trastorno del espectro autista52-53, 77-81
Trasplantes autólogos68-70
Precio mayorista promedio (AWP)155-156
Biopsias.....63-64, 77-81
Centros de maternidad18-20
Sangre y plasma sanguíneo.....58-59, 77-81
Trasplantes de células madre de la sangre o la médula ósea.....67-70
Blue Distinction Centers.....18-20, 81-82
para trasplantes71-72
Atención especializada Blue Distinction 18-20
Evaluación de salud de Blue.....124-125
Pruebas de densidad ósea40-41, 77-81
Medicamentos de marca98-101, 107-110
Sacaleches y suministros47-48
Reconstrucción de la mama.....64-65
Prótesis mamarias y sostenes quirúrgicos56-57
Suministros y apoyo para la lactancia materna47-48
Pruebas de cáncer.....42-44
Rehabilitación cardíaca52-53, 77-81
Control cardiovascular.....40-41, 77-81
Programas de administración de la atención126-127
Administración de casos.....126-127
Yesos63-64, 75-81
Protección contra gastos catastróficos 33, 107-110, 163, 165
Examen de detección de cáncer de cuello uterino42-46
CHAMPVA.....141-142
Cambios para 202615-17
Quimioterapia.....52-53
Ley de Equidad para los Niños.....10-11
Tratamiento de manipulación quiropráctico59-60
Pruebas de colesterol42-44
Circuncisión47-48, 63-64
Reclamaciones y presentación de reclamaciones.....37, 135
Visitas a la clínica39-40, 93-94
Ensayos clínicos.....22-25, 70, 144
Rehabilitación cognitiva53-54, 74-87
Coseguro28-29
Pruebas de cáncer colorrectal
Colonoscopia.....42-44, 63-64, 77-81
Prueba de sangre oculta en la materia fecal42-44
Sigmoidoscopía.....42-44
Confidencialidad13-14
Anomalías congénitas63-64, 152
Consultas39-40
Lentes de contacto54-55
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos49-50, 102-106, 110-118
Coordinación de beneficios141-150
Copagos28
Cirugía estética63-64, 152
Costos compartidos28
Costos por servicios cubiertos28-34
Información sobre la cobertura9
Centros de salud proveedores cubiertos . 18-20
Profesionales proveedores cubiertos18
Criopreservación50-51
Tomografías computarizadas40-41, 77-81
Cuidado custodial18-20
Hábitos cotidianos.....124
Deducible28
Definiciones151-159
Atención dental65-66, 120-123
Programa para el control de la diabetes.....124
Educación en diabetes60-61, 77-81
Suministros para diabéticos
Programa de Medidor de Diabetes 102-106
Bombas de insulina57-58
Insulina, tiras reactivas y lancetas 102-106, 110-113
Agujas y jeringas desechables.... 102-1-06, 110-113
Servicios de diagnóstico y tratamiento.. 39-40, 77-81
Pruebas de diagnóstico.... 40-41, 47-48, 93-95
Diálisis18-20, 52-53, 57-58, 77-81, 83-84
Manejo de enfermedades126-127
Proceso para reclamaciones en disputa 138-140
Divorcio12
Análisis de ADN en muestras de heces.. 42-44
Gastos del donante (trasplantes).....70-72
Medicamentos (consulta: medicamentos recetados)
Equipo médico duradero (DME).....57-58
Dispositivos protésicos56-57, 75-81
Clases y programas educativos60-61
Electroencefalogramas.....40-41, 77-81
Electrocardiogramas40-41, 77-81
Atención de emergencia88-91
Inscripción9-10
Situaciones de excepción20-22
Exclusiones133-134
Experimental o de investigación 133-134, 152-153
Beneficios de atención prolongada83-84
Anteojos54-55
Centros de salud proveedores18-20
Planificación familiar49-50
Prueba de sangre oculta en la materia fecal 42-44
Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales144
Aplicación móvil de fepblue128
fepblue.org4
Opción de beneficios flexibles.....127-128
Cuidado de los pies55-56
Lista de medicamentos/Lista de medicamentos Preferidos..... 98-101, 107-110
Centro de salud acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT)18-20, 67
Fraude4-5
Centros de salud ambulatorios independientes18-20
Medicamentos genéricos98-101, 107-110
Programa de incentivos de medicamentos genéricos101-102
Pruebas/exámenes de detección genéticos..22-25, 40-41, 77-81
Mercado de Seguros Médicos12
Herramientas de salud124
Healthy Families124
Audifonos y servicios de audición.....54, 56-57
Servicios de salud a domicilio59
Atención de enfermería domiciliaria (maternidad)59
Atención en un centro de cuidados paliativos84-86
Hospital
Paciente hospitalizado22, 75-77, 94
Paciente ambulatorio77-81, 88-91, 95
Pruebas del virus del papiloma humano (VPH)42-46
Programa para el control de la hipertensión125
Infertilidad iatrogénica50-51
Vacunas42-46, 113-118
Beneficios para pacientes hospitalizados 75-77

Servicios profesionales para pacientes hospitalizados	39-40, 93-94
Insulina.....	102-106, 110-113
Bombas de insulina	57-58
Servicios de laboratorio y de patología ...	40-41, 75-81, 89-91
Tomografía computarizada de baja dosis ..	157
Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo	97-106, 110-113, 136-137
Mamografías.....	42-44
Tratamiento de manipulación	59-60, 77-81
Atención de maternidad.....	26-27, 47-48
Cirugía maxilofacial	65-66
Medicaid.....	142
Emergencia médica	88, 90-91
Alimentos de uso médico	58-59, 101-102, 107-110, 154
Suministros médicos.....	58-59, 101-102
Servicios médica mente necesarios	154
Medicare.....	1, 141-150
Cuenta de reembolso	126
 Medicamentos y suministros	102-106, 110-113
Centros de salud miembros.....	13-14, 155-156
Salud mental y trastornos por uso de sustancias.....	92-96, 128
Resonancias magnéticas	40-41, 77-81
Procedimientos múltiples	63-64
MyBlue Customer eService.....	126
National Doctor & Hospital Finder	13-14, 126
Pruebas neurológicas.....	40-41, 77-81
Casos Inadmisibles	6-8, 154
Cuidado del recién nacido	26-27, 47-48
Ley de No Sorpresas (NSA)	32
Centros de salud no miembros.	13-14, 155-156
Proveedores no participantes	13-14, 156-157
Proveedores No Preferidos	29-32
Enfermero.....	59, 124
Asesoramiento nutricional.....	42-46, 158
Atención de observación	154
Atención de obstetricia	47-48
Terapia ocupacional.....	53-54, 84-86
Visitas al consultorio	39-40, 93-94
Cirugía bucal	65-66
Trasplantes de órganos/tejidos.....	66-67, 71-72
Dispositivos ortopédicos	56-57, 77-81
Tratamiento de manipulación osteopático ..	59-60
Detección de osteoporosis	157
Suministros para ostomía y catéteres.....	58-59
Gastos de desembolso directo.....	29-33
Servicios en un centro para pacientes ambulatorios	81-82
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	39-40
Pagos en exceso.....	34
Centro de Asistencia en el Extranjero.....	129
 Servicios, medicamentos, suministros proporcionados en el extranjero y reclamaciones.....	129-131
Oxígeno.....	57-59
Prueba de Papanicolaou	42-46
Proveedores participantes	13-14, 29-32, 155-156
Programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM).....	98-101
Registro personal de salud	124
Tomografías por emisión de positrones	40-41, 77-81
Farmacoterapia.....	39-40, 52-53
Examen físico	42-46, 77-81
Terapia física.....	53-54, 84-86
Médico	153, 157
Asignación del plan.....	155-156
Organización de Proveedores Preferidos	13-14
Pruebas previas a la admisión	75-77
Precertificación	22
Proveedores Preferidos	13-14, 29-32
Embarazo (ver: Atención por maternidad)	
Programa de incentivos de atención del embarazo	125-126
 Medicamentos recetados	
Medicamentos de marca.....	98-110
Medicamentos obtenidos de otras fuentes	118-119
Medicamentos genéricos.	98-101, 107-110
Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo ..	97-106, 110-113, 130-131, 136-137
Farmacias minoristas preferidas..	102-106, 113-118, 136-137
Programa de farmacia minorista	97-98, 101-106, 136-137
Medicamentos autoinyectables .	38, 62, 74, 77-81
Programa de farmacias de medicamentos Especializados.....	97-- 106, 136-137
Medicamentos Especializados.....	98-110, 136-137, 158
 Atención preventiva	
Adulto	42-44, 157
Niño	45-46
Médico de atención primaria.....	18
Aprobación previa.....	22-25, 157
Proveedores profesionales.....	18
Pruebas de cáncer de próstata	42-44
Dispositivos protésicos	56-57, 77-81
Psicoterapia	93-95
Rehabilitación pulmonar	52-53, 77-81
Radioterapia	22-25, 52-53, 77-81
Reconsideraciones.....	27, 138-140
Diálisis renal	52-53, 77-81
Cobertura de reemplazo	11-12
Servicios reproductivos.....	50-51
Tecnología de reproducción asistida (ART).....	151
Centro de tratamiento residencial (RTC)	22, 82-83, 94-95
Programa de farmacia minorista ...	97-98, 102-106, 130-131, 136-137
 Derechos y responsabilidades.....	13-14
Habitación y comidas	75-77, 82-83, 94-95
Servicios de detección	157
Segunda opinión para cirugía	39-40
Medicamentos autoinyectables .	38, 62, 74, 77-81
Atención en un centro de enfermería especializado (SNF).....	18-20
Dejar de fumar	60-61, 113-118, 124
Trabajador social	126-127
 Programa de farmacias de medicamentos Especializados ...	97-98, 102-106, 130-131, 136-137
Medicamentos Especializados.....	98-110, 136-137, 158
Terapia del habla	53-54, 77-81, 84-86
Dispositivos de generación del habla.....	57-58
Trasplantes de células madre	67-70
Procedimientos de esterilización	49-50
Subrogación.....	142-143, 158
Trastorno por uso de sustancias..	18-20, 92-96, 128
 Cirugía	
Asistente de cirujano	20-21, 38, 62
Ojo: catarata, ambliopía, estrabismo....	54-55, 63-64
Procedimientos múltiples.....	63-64
Bucal y maxilofacial	65-66
Paciente ambulatorio	155
Reconstructivo	64-65
Reversión de esterilización voluntaria..	49-50, 63-64
Implantes quirúrgicos	56-57, 77-81
Tratamiento quirúrgico de obesidad grave	42-- 46
Trasplantes.....	63-64, 66-72
Jeringas.....	102-106, 110-113
 Telesalud	
Dermatología	39-40, 158
Salud mental y trastornos por uso de sustancias.....	18-20, 92-96, 128
Afecciones agudas menores.....	18, 39-40, 154, 158
Asesoramiento nutricional	18, 39-40, 42-46, 158
Continuación temporal de la cobertura (TCC)	12
Tratamiento para dejar de fumar....	60-61, 113-118, 124
Trasplantes.....	22-25, 63-64, 66-72
Beneficio de viaje	71-72, 124
Terapias de tratamiento	52-53
TRICARE	141-142
Ecografías	40-41, 77-81
Centro de cuidados de urgencia	89-91
Reclamaciones de atención de urgencia ...	158-159
 Centros de salud del Departamento de Asuntos de Veteranos	34, 149
Servicios para la vista	54-55, 144
 Exenciones	29

Control de peso.....	42-46, 124, 128
Sillas de ruedas.....	57-58
Pelucas	56-57
Radiografías	20-21, 40-41, 77-81

Resumen de Beneficios de la Opción Estándar del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2026

No tenga en cuenta este cuadro solamente. Este es un resumen. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en este folleto. Antes de tomar una decisión, lea este folleto del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

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 Individual + Uno o Individual y Familia) por año calendario. Si utiliza un médico u otro profesional de atención médica que no pertenece a la PPO, generalmente, paga cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada, además de la participación de nuestra asignación que se indica a continuación.

Puede también obtener una copia de nuestro Resumen de Beneficios y 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 asignación; \$30 por visita al consultorio para los médicos de atención primaria y otros profesionales de atención médica \$40 por visita al consultorio de especialistas No PPO: 35 %* de nuestra asignación	39-41
Servicios médicos proporcionados por médicos: Servicios de telesalud	PPO: nada No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	39, 93
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente hospitalizado	PPO: \$350 por admisión No PPO: \$450 por admisión, más el 35 % de nuestra asignación	75-76
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente ambulatorio	PPO: 15 %* de nuestra asignación No PPO: 35 %* de nuestra asignación	77-81
Beneficios de emergencia: Lesión producida en un accidente	PPO: nada por servicios hospitalarios y de atención médica para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas; luego se aplican los beneficios normales No pertenecen a la PPO: cualquier diferencia entre la asignación del Plan y la cantidad facturada por servicios hospitalarios y de atención médica para pacientes ambulatorios en el término de 72 horas; luego se aplican los beneficios normales Servicios de transporte en ambulancia: nada	89-90
Beneficios de emergencia: Emergencia médica	Atención de urgencia de la PPO: copago de \$30; atención en la sala de emergencias de la PPO y No PPO: 15 %* de nuestra asignación; los beneficios normales por atención médica y hospitalaria* proporcionada en un ámbito que no sea la sala de emergencias/centro de cuidados de urgencia de la PPO Servicios de transporte en ambulancia terrestre: \$100 por día para ambulancia terrestre (sin deducible); \$150 por día para ambulancia aérea o marítima (sin deducible)	90-91
Tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	PPO: el costo compartido normal, como \$30 de copago por visita al consultorio; \$350 por admisión de paciente hospitalizado No pertenecen a la PPO: el costo compartido normal, como el 35 %* de nuestra asignación por visitas al consultorio; \$450	93-95

Beneficios de la Opción Estándar	Usted paga	Página
	por hospitalización en centros de salud miembros, más el 35 % de nuestra asignación	
Medicamentos recetados	<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/30 % de nuestra asignación para medicamentos de marca Preferidos/50 % de nuestra asignación para medicamentos de marca No Preferidos • No PPO: 45 % de nuestra asignación (AWP) <p>Programa de medicamentos recetados del servicio de envío por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$15 para medicamentos genéricos/\$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 Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 por medicamentos Especializados Preferidos para una compra de un suministro de hasta 30 días; \$150 por medicamentos Especializados No Preferidos para una compra de un suministro de hasta 30 días 	102-106
Atención dental	Las asignaciones 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	122
Bienestar y otras características especiales: herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; MyBlue® Customer eService; National Doctor and Hospital Finder (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).	124-128
Protección contra costos catastróficos (su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos)	<ul style="list-style-type: none"> • Individual únicamente: Nada después \$6,000 (PPO) u \$8,000 (PPO/no PPO) por contrato por año • Individual + Uno: Nada después \$12,000 (PPO) o \$16,000 (PPO/no PPO) por contrato por año • Individual y 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 (Individual + Uno e Individual y Familia) alcanza el máximo de Individual únicamente durante el año calendario, las reclamaciones 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>	33-34

Resumen de beneficios para la Opción Básica del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield para 2026

No tenga en cuenta este cuadro solamente. Este es un resumen. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en este folleto. Antes de tomar una decisión, lea este folleto del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

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 Sección 3 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 Beneficios y 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; \$35 por visita al consultorio de médicos de atención primaria y otros profesionales de atención médica; \$50 por visita al consultorio de especialistas No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	39-41
Servicios médicos proporcionados por médicos: Servicios de telesalud	PPO: nada No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	39, 93
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente hospitalizado	PPO: \$425 por día, hasta \$2,975 por admisión No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	75-76
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente ambulatorio	PPO: \$250 por día por centro de salud No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	77-81
Beneficios de emergencia: Lesión producida en un accidente	PPO: copago de \$50 por atención de urgencia; copago de \$425 por cuidado ambulatorio en el hospital No PPO: copago de \$425 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: \$250 por día para ambulancia terrestre; \$750 por día para ambulancia aérea o marítima	89-90
Beneficios de emergencia: Emergencia médica	Igual que para las lesiones producidas en un accidente	90-91
Tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	PPO: la participación en los costos normal, como \$35 de copago por visita al consultorio; \$425 por día y hasta \$2,975 por admisión como paciente hospitalizado No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	93-95
Medicamentos recetados	Programa de farmacias minoristas: <ul style="list-style-type: none">• PPO: \$15 por medicamentos genéricos/35 % de nuestra asignación (máximo de \$150) Medicamentos de marca Preferidos por receta (máximo de \$100 si tiene la Parte B de Medicare como cobertura primaria)/60 % de coseguro para medicamentos de marca No Preferidos (suministro de hasta 30 días)• No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos Programa de farmacias de medicamentos Especializados <ul style="list-style-type: none">• 35 % de la asignación del plan (máximo de \$250) para un	102-106

	medicamento especializado preferido para una compra de un suministro de hasta 30 días; 35 % de la asignación del plan (máximo de \$500) para un medicamento especializado no preferido para una compra de un suministro de hasta 30 días	
	Programa de medicamentos recetados del Servicio de envío por correo (solo para miembros con cobertura primaria de la Parte B de Medicare): <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por medicamentos genéricos/35 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$225 por medicamentos de marca Preferidos/35 % de la asignación del plan hasta un máximo de \$250 por medicamentos de marca No Preferidos por receta; suministro de hasta 90 días 	
Atención dental	PPO: copago de \$35 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 \$35 por evaluaciones bucales asociadas requeridas por una lesión producida en un accidente; beneficios normales para cirugía bucal y maxilofacial cubierta No pertenecen a la PPO: usted paga todos los cargos	123
Bienestar y otras características especiales: herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; MyBlue® Customer eService; National Doctor and Hospital Finder (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).	124-128
Protección contra costos catastróficos (su desembolso directo máximo de protección contra gastos catastróficos)	<ul style="list-style-type: none"> • Individual únicamente: nada después de \$7,500 (PPO) por contrato por año • Individual + Uno: nada después de \$15,000 (PPO) por contrato por año • Individual y Familia: nada después de \$15,000 (PPO) por contrato por año; nada después de \$7,500 (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 (Individual + Uno e Individual y Familia) alcanza el máximo de Individual únicamente durante el año calendario, las reclamaciones 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>	33-34

Notas

Notas

Notas

Notas

Información sobre las tarifas para 2026 del Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield

Para comparar sus opciones del plan de salud del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, visite www.opm.gov/fehbcompare.

Para consultar las tarifas de las primas de todas las opciones de planes de salud del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, 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		Mensual	
		Participación del gobierno	Su participación	Participación del gobierno	Su participación

En todo el país

Opción Estándar Individual únicamente	104	\$324.76	\$188.32	\$703.65	\$408.02
Opción Estándar Individual + Uno	106	\$711.17	\$410.88	\$1,540.87	\$890.24
Opción Estándar Individual y Familia	105	\$778.03	\$457.66	\$1,685.73	\$991.60

En todo el país

Opción Básica Individual únicamente	111	\$324.76	\$133.77	\$703.65	\$289.83
Opción Básica Individual + Uno	113	\$711.17	\$319.25	\$1,540.87	\$691.71
Opción Básica Individual y Familia	112	\$778.03	\$356.86	\$1,685.73	\$773.20