

Plan de beneficios de servicios de Blue Cross[®] and Blue Shield[®] FEP[®] Blue Focus

www.fepblue.org



2025

Plan de pago por servicio (FEP Blue Focus) con una organización de proveedores preferidos

La cobertura de salud del plan reúne los requisitos de cobertura esencial mínima y cumple con el estándar de valor mínimo en los beneficios que brinda. Consulte Información de PSHB para obtener más detalles. Este plan está acreditado. Consulte la sección 1.

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

IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Cambios para 2025: Página 16
- Resumen de beneficios: Página 142

Quién puede inscribirse en este plan: Empleados y pensionados del Servicio Postal

Códigos de inscripción del plan:

35A FEP Blue Focus: Individual

35C FEP Blue Focus: Individual + 1

35B FEP Blue Focus: Individual y familia

Autorizado para su distribución por:



**Oficina de Administración
de Personal de los EE. UU.**

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

PSHB

RI 71-025

Aviso importante

Aviso importante sobre la cobertura de medicamentos recetados y Medicare para los empleados activos del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield elegibles para Medicare

La Oficina de Administración de Personal (OPM) ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield para empleados activos pague, en promedio, tanto como lo que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare estándar paga a todos los participantes del plan, y que se considere una cobertura acreditable. Esto significa que los empleados activos y sus familiares cubiertos no tienen que inscribirse en un plan de Medicare Parte D del mercado abierto ni pagar un suplemento por la cobertura de medicamentos recetados. Si decide inscribirse en Medicare Parte D más adelante, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía mientras conserve su cobertura de PSHB como empleado activo.

Sin embargo, si usted (como empleado activo y sus familiares cubiertos elegibles para Medicare Parte D) opta por inscribirse en un plan de Medicare Parte D del mercado abierto, puede mantener su cobertura de PSHB, y su plan de PSHB coordinará los beneficios con Medicare.

Para tener en cuenta

Si pierde o cancela su cobertura de PSHB y pasa más de 63 días sin una cobertura de medicamentos recetados de un nivel similar al de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como mínimo, la prima mensual de Medicare Parte D ascenderá a, por lo menos, un 1 % por mes por cada mes que no tenga la cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare Parte D, su prima será siempre por lo menos un 19 % más alta que lo que muchas otras personas pagan. Deberá pagar esta prima más alta mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo período de elección coordinada anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirse en Medicare Parte D.

Beneficios de Medicare en caso de bajos ingresos

Para las personas con recursos e ingresos limitados, hay ayuda adicional disponible para el pago del plan de medicamentos con receta de Medicare. Encontrará información sobre este programa en el sitio web de la Administración del Seguro Social (SSA), en www.socialsecurity.gov, o si llama a la SSA al 800-772-1213 (TTY: 711).

Puede obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare del mercado abierto y sobre la cobertura ofrecida en su área en estos sitios:

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

Prima adicional para el importe de ajuste mensual en relación con el ingreso (IRMAA) para afiliados con ingresos elevados

El importe de ajuste mensual en relación con el ingreso (IRMAA) de Medicare es un monto que posiblemente deba pagar además de la prima de PSHB para inscribirse y conservar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. **Esta prima adicional solo se aplica a las personas con ingresos más altos y se ajusta en función de los ingresos que informen en la declaración de impuestos del IRS.** No realiza ningún pago del IRMAA en su plan de PSHB. Consulte la sección del IRMAA de la Parte D en el sitio web de Medicare, <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/cost-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>, para ver si debe pagar esta prima adicional.

Índice

Introducción	4
Lenguaje sencillo.....	4
Basta de fraude en la atención médica	4
La discriminación es ilegal.....	5
Evitar errores médicos.....	6
Información de PSHB	9
Información de la cobertura	9
• Ausencia de 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 PSHB	9
• Tipos de inscripción disponibles para usted y su familia.....	9
• Cobertura de familiares.....	10
• Ley de Equidad para los Niños.....	11
• Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare	11
• Cuándo comienzan los beneficios y las primas	11
• Al jubilarse.....	12
Cuándo pierde los beneficios.....	12
• Cuando termina la cobertura de PSHB	12
• En caso de divorcio	12
• EGWP del PDP de Medicare	12
• Continuación temporal de la cobertura (TCC)	12
• Buscar una cobertura de reemplazo.....	13
• Mercado de seguros de salud	13
Sección 1: Cómo funciona este plan	14
Características generales de FEP Blue Focus.....	14
Tenemos una organización de proveedores preferidos (PPO).....	14
Cómo les pagamos a los centros y a los profesionales que son proveedores de servicios.....	14
Sus derechos y responsabilidades	15
Sus registros médicos y de reclamos son confidenciales.....	15
Sección 2: Novedades para 2025	16
Sección 3: Cómo obtener atención médica.....	17
Tarjetas de identificación	17
Dónde obtener atención cubierta	17
Protección de facturación.....	17
• Proveedores profesionales cubiertos.....	17
• Centros cubiertos.....	17
Qué debe hacer para obtener atención cubierta	19
• Atención de transición.....	19
• Si está hospitalizado cuando comienza su afiliación	19
Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios	20
• Admisión para pacientes hospitalizados, admisión en un centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados	20
• Otros servicios.....	20
• Situaciones especiales de autorización previa relacionadas con la coordinación de beneficios (COB).....	24
• Notificación previa: atención por maternidad	25
Cómo solicitar una certificación previa para una admisión u obtener autorización previa para otros servicios	25

• Reclamos de atención no urgente.....	26
• Reclamos de atención de urgencia.....	26
• Reclamos de atención simultánea.....	26
• Admisión de emergencia para pacientes hospitalizados	27
• Atención por maternidad.....	27
• Si se debe prolongar su estancia en el centro	27
• Si se debe prolongar su tratamiento.....	27
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el reclamo previo al servicio	27
• Reconsideración de un reclamo de atención no urgente	27
• Reconsideración de un reclamo de atención de urgencia.....	28
• Presentación de una apelación ante la OPM.....	28
Sección 4: Sus costos por los servicios cubiertos.....	29
Costo compartido.....	29
Copago.....	29
Deducible	29
Coseguro	29
Si su proveedor lo exime habitualmente de su costo.....	29
Exenciones	30
Diferencias entre nuestra asignación y la factura.....	30
Aviso importante sobre las facturas sorpresa: conozca sus derechos.....	30
Sus costos para otros tipos de atención	31
El máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica para deducibles, coseguros y copagos	31
Transferencia.....	32
Si le pagamos de más.....	32
Cuando los centros gubernamentales nos facturan	32
Sección 5: Beneficios de FEP Blue Focus.....	33
Sección 5: Descripción general de FEP Blue Focus.....	35
Sección 6: Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos.....	111
Sección 7: Presentar un reclamo por servicios cubiertos.....	113
Sección 8: Proceso de reclamos disputados.....	116
Sección 8(a): Proceso de reclamos disputados del EGWP del PDP de Medicare	119
Sección 9: Coordinación de beneficios con Medicare y otras coberturas.....	120
Cuando tiene otra cobertura de salud.....	120
• TRICARE y CHAMPVA	120
• Compensación de los trabajadores.....	121
• Medicaid.....	121
Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su atención.....	121
Cuando otros son responsables de las lesiones	121
Cuando tiene un Plan de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP)	122
Ensayos clínicos	123
Cuando tiene Medicare	123
• El plan Medicare Original (Parte A o Parte B).....	123
• Infórmenos sobre su cobertura de Medicare	124
• Contrato privado con su médico.....	124
• Medicare Advantage (Parte C).....	124
• Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D).....	125
• Plan de Exención Grupal de Empleadores del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (EGWP del PDP).....	125
• Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte B).....	126
Cuando tiene 65 años o más y no tiene Medicare.....	128
Médicos que se excluyen voluntariamente de Medicare	129

Cuando tiene el plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambos).....	129
Sección 10: Definiciones de los términos que usamos en este folleto.....	131
Índice	140
Resumen de beneficios del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield, FEP Blue Focus, 2025	142
Información de las tarifas para 2025 del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield	150

Introducción

En este folleto, se describen los beneficios del **Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield FEP Blue Focus**, conforme al contrato (CS 1039) entre Blue Cross and Blue Shield Association y la Oficina de Administración de Personal de EE. UU., con la autorización de la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) enmendada por la Ley de Reforma del Servicio Postal, que creó el programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB). Este plan está cubierto por los planes participantes de Blue Cross and Blue Shield (planes locales) que administran este plan en sus localidades individuales. Para recibir atención al cliente, visite nuestro sitio web, www.fepblue.org, o póngase en contacto con su plan local al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de FEP Blue Focus.

La dirección de la oficina administrativa del Plan de beneficios de servicios 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 los beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar ni afectar de otro modo los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de este folleto. Es su responsabilidad conocer sus beneficios de salud.

Si está inscrito en este plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito en la cobertura Individual + 1 o Individual y familia, cada miembro familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios. Si usted es un pensionado del Servicio Postal y es elegible para Medicare Parte D, o un familiar cubierto elegible para Medicare Parte D de un pensionado del Servicio Postal, sus beneficios de medicamentos recetados se proporcionan bajo nuestro Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare Parte D. No tiene derecho a los beneficios que estaban disponibles antes del 1 de enero de 2025, bajo el Programa de FEHB, a menos que dichos beneficios también figuren en este folleto del Plan de PSHB.

La OPM negocia los beneficios y las tarifas de cada plan una vez por año. Los beneficios entran en vigencia el 1 de enero de 2025. Las tarifas figuran en la contraportada de este folleto.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos de PSHB se escriben en lenguaje sencillo para que sean fáciles de comprender. Estos son algunos ejemplos:

- A excepción de los términos técnicos necesarios, usamos palabras comunes. Por ejemplo, “usted” significa el afiliado y cada miembro de su familia cubierto; “nosotros” significa el Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield.
- Usamos solo los acrónimos que conoce. “OPM” significa ‘Oficina de Administración de Personal’ de los EE. UU. El Programa de FEHB es el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales administrado por la OPM y establecido en virtud del Capítulo 89 del Título 5 del Código de los EE. UU. (USC). El Programa de PSHB es el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal establecido dentro del Programa de FEHB en virtud de la Sección 8903c del Título 5 del USC. “Plan de PSHB” se refiere a un plan de beneficios de salud ofrecido en el marco del Programa de PSHB. “PSHB” significa ‘Beneficios de Salud del Servicio Postal’. Si usamos otros acrónimos, indicaremos su significado.
- Nuestro folleto y otros folletos de los planes de PSHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarlo a comparar los planes.

Basta de fraude en la atención médica

Los fraudes provocan que aumente el costo de la atención de la salud para todos y aumentan su prima del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.

La Oficina del Inspector General de la OPM investiga todos los alegatos de fraude, desperdicios y abusos en el Programa de PSHB, independientemente de la agencia para la que trabaja o de la que se jubiló.

Protéjase contra el fraude. Estas son algunas de las medidas que puede tomar para evitar el fraude:

- No proporcione su número de identificación del plan por teléfono a personas que no conoce, excepto a su proveedor de atención de la salud, al plan de beneficios de salud autorizado o a un representante de la OPM.
- Solo permita a los profesionales médicos correspondientes ver su registro médico o recomendarle servicios.
- Evite consultar a proveedores de atención de la salud que dicen que un elemento o servicio no está cubierto generalmente, pero saben cómo facturarnos para que se los paguemos.
- Lea atentamente las explicaciones de beneficios (EOB) que le proporcionamos.

- Lea periódicamente su historial de reclamos para asegurarse de que sean exactos y de que no le hayamos facturado servicios que no recibió.
- No le solicite a su médico que realice entradas falsas en certificados, facturas o registros para que paguemos por un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha cobrado un servicio que no recibió, le facturó dos veces el mismo servicio o tergiversó cualquier información, haga lo siguiente:
 - Llame al proveedor y pídale una explicación. Puede que se trate de un error.
 - Si el proveedor no resuelve el problema, llame a la línea directa de fraudes del FEP al 800-FEP-8440 (800-337-8440) y explique la situación.
 - Si no resolvemos el problema:

**LLAME A LA LÍNEA DIRECTA DE FRAUDE EN LA ATENCIÓN MÉDICA
877-499-7295**

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

Se prefiere el uso del formulario en línea para denunciar casos de fraude con el fin de mantener la precisión y lograr un tiempo de respuesta rápido.

También puede escribir a:

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

- No conserve en su póliza a los siguientes familiares:
 - su excónyuge después de que la sentencia de divorcio o la anulación sean definitivas (incluso si hay una orden de un tribunal que estipule lo contrario); o
 - su hijo mayor de 26 años (a menos que ya tuviera una discapacidad y fuera incapaz de cuidarse a sí mismo antes de cumplir los 26 años).
- La aseguradora puede solicitar que el afiliado verifique la elegibilidad de cualquiera o de todos los familiares que figuran en la cobertura del PSHB del afiliado.
- Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de un dependiente, consulte a la oficina de personal si es empleado, a la oficina de jubilación (como la OPM) si es jubilado, o al Centro Nacional de Finanzas si está inscrito en la continuación temporal de la cobertura (TCC).
- El fraude o la tergiversación intencional de un hecho material están prohibidos conforme al plan. Se lo puede procesar por fraude y su agencia puede tomar medidas en su contra. Algunos ejemplos de fraude son falsificar un reclamo para obtener los beneficios de PSHB, procurar obtener u obtener servicios o cobertura para usted o para alguien que no es elegible para recibir cobertura, o inscribirse en el plan cuando ya no es elegible.
- Si sigue inscrito después de ya no ser elegible para la cobertura (por ejemplo, ya no se encuentra en los servicios federales) y no paga las primas, será responsable de todos los beneficios pagados durante el período en el que no pagó las primas. Puede que el proveedor le cobre los servicios recibidos. Se lo puede procesar por fraude por usar intencionadamente los beneficios del seguro de salud por los cuales no pagó las primas correspondientes. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un familiar ya no es elegible para usar la cobertura del seguro de salud.

La discriminación es ilegal

Cumplimos las leyes federales de no discriminación aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Los beneficios de salud que se describen en este folleto son coherentes con las leyes vigentes que prohíben la discriminación. Todas las decisiones de cobertura se basarán en normas y criterios no discriminatorios. No se usarán los rasgos protegidos de una persona, por ejemplo, la identidad de género de un afiliado o el hecho de que el beneficio cubierto se solicite en relación con cuidados de afirmación de género, para denegar beneficios de salud por artículos, suministros o servicios que, por lo demás, estén cubiertos y se determine que son médicamente necesarios.

Nosotros:

- Proporcionamos ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el coordinador de derechos civiles de su plan local comunicándose con su plan local al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Si cree que no le hemos prestado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles de su plan local. Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de su plan local puede ayudarlo.

Los afiliados pueden presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), la OPM o las aseguradoras del Programa de PSHB.

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal sobre derechos civiles, visite www.fepblue.org/en/rights-and-responsibilities/, o llame al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Para TTY, marque 711.

Evitar errores médicos

Los errores médicos siguen siendo una causa importante de las muertes que podrían prevenirse en los EE. UU.. Si bien la muerte es la consecuencia más trágica, los errores médicos causan otros problemas, tales como discapacidades permanentes, estancias más prolongadas en el hospital, recuperaciones más largas e incluso tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también suman en gran medida al costo general de la atención de la salud. Los organismos de acreditación están asignando a los hospitales y los proveedores de atención de la salud la responsabilidad por la calidad de la atención y la reducción de los errores médicos. Usted también puede mejorar la calidad y la seguridad de su propia atención de la salud y la de sus familiares aprendiendo más sobre sus riesgos y comprendiéndolos. Siga estos simples pasos:

1. Consulte si tiene dudas o inquietudes.

- Haga preguntas y asegúrese de comprender las respuestas.
- Elija a un médico con el que se sienta cómodo para hablar.
- Solicítele a un familiar o amigo que lo acompañe para que lo ayude a tomar notas, hacer preguntas y comprender las respuestas.

2. Mantenga y lleve una lista de todos los medicamentos que toma.

- Lleve los medicamentos que toma o dele a su médico o al farmacéutico una lista de todos los medicamentos que toma y sus dosis, incluidos los medicamentos sin receta (de venta libre) y los suplementos nutricionales.
- Informe al médico y al farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, alimentos o de otro tipo que tenga, como al látex.
- Pregunte sobre los riesgos o efectos secundarios de los medicamentos y qué debe evitar mientras los toma. Asegúrese de escribir todo lo que su médico o farmacéutico le diga.
- Asegúrese de que el medicamento sea el que solicitó el médico. Pregúntele al farmacéutico sobre el medicamento si su aspecto es diferente del que esperaba.
- Cuando reciba el medicamento, lea la etiqueta y el prospecto para el paciente, además de todas las advertencias e instrucciones.
- Sepa cómo tomar el medicamento. Especialmente, tenga en cuenta los horarios y las condiciones en las que se debe tomar y no se debe tomar el medicamento.
- Póngase en contacto con su médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta.
- Comprenda los nombres genéricos y de marca de su medicamento. Esto ayuda a garantizar que no reciba dos dosis por tomar un medicamento genérico y uno de marca. También ayuda a evitar que tome un medicamento al que es alérgico.

3. Obtenga los resultados de todos los exámenes o procedimientos.

- Pregunte cuándo y cómo obtendrá los resultados de los exámenes o los procedimientos. ¿En persona, por teléfono, por correo, mediante el portal del plan o del proveedor?
- No suponga que los resultados están bien si no los recibe cuando esperaba. Comuníquese con su proveedor de atención médica y solicítele los resultados.
- Pregúntele qué significan esos resultados para su atención.

4. Pregúntele a su médico qué hospital o clínica es mejor para sus necesidades de salud.

- Pregúntele a su médico qué hospital o clínica brinda la mejor atención y resultados para su afección si tiene más de un hospital o clínica entre los que puede elegir para recibir la atención de la salud que necesita.
- Asegúrese de comprender las instrucciones que recibe sobre la atención de seguimiento antes de irse del hospital o de la clínica.

5. Asegúrese de comprender qué sucederá si necesita cirugía.

- Asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén todos de acuerdo en lo que se hará exactamente durante la operación.
- Pregúntele a su médico quién se encargará de su atención mientras esté en el hospital.
- Pregúntele a su cirujano:
 - “¿Qué es lo que hará exactamente?”
 - “¿Cuánto tiempo tomará aproximadamente?”
 - “¿Qué sucederá después de la cirugía?”
 - “¿Cómo me debería sentir durante la recuperación?”
- Informe al cirujano, al anestesiista y al personal de enfermería sobre cualquier alergia, reacciones adversas a la anestesia y los medicamentos o suplementos nutricionales que esté tomando.

Enlaces sobre seguridad del paciente

Para obtener más información sobre la seguridad del paciente, visite:

- www.jointcommission.org/speakup.aspx. Programa Speak Up™ de seguridad del paciente de The Joint Commission.
- www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. The Joint Commission ayuda a las organizaciones de atención de la salud a mejorar la calidad y la seguridad de la atención que brindan.
- <http://www.ahrq.gov/patients-consumers>. La Agency for Healthcare Research and Quality pone a disposición una lista amplia de temas, no solo para informar a los clientes sobre la seguridad del paciente, sino también para ayudarlos a elegir proveedores de atención de la salud de calidad y mejorar la calidad de la atención que reciben.
- <https://psnet.ahrq.gov/issue/national-patient-safety-foundation>. La National Patient Safety Foundation tiene información sobre cómo asegurarse de obtener atención médica más segura para usted y su familia.
- www.bemedwise.org. El Consejo Nacional para la Información y Educación del Paciente se dedica a mejorar la comunicación sobre el uso seguro y adecuado de los medicamentos.
- www.leapfroggroup.org. El Leapfrog Group cumple un rol activo en promover prácticas seguras en la atención hospitalaria.
- www.ahqa.org. La American Health Quality Association representa a las organizaciones y a los profesionales de atención de la salud que trabajan para mejorar la seguridad del paciente.

Afecciones adquiridas en la atención de la salud evitables (“errores evitables”)

Cuando ingresa al hospital para recibir tratamiento por un problema médico, no espera salir de allí con lesiones adicionales, infecciones u otras afecciones graves que se producen durante su estancia. Aunque puede que algunas de estas complicaciones no sean evitables, los pacientes sufren lesiones o enfermedades que se podrían haber evitado si los médicos o el hospital hubieran tomado las precauciones adecuadas. Los errores en la atención médica que se pueden identificar con claridad, evitar y cuyas consecuencias son graves para los pacientes pueden indicar un problema significativo en la seguridad y la credibilidad de un centro de atención de la salud. A estas afecciones y errores a veces se los denomina “errores evitables” o “errores graves que deben informarse”.

Tenemos una política de pago de beneficios que anima a los hospitales reducir las probabilidades de que se produzcan afecciones adquiridas en hospitales, como determinadas infecciones, escaras graves y fracturas, y para disminuir errores médicos que nunca deberían haber sucedido. Cuando estos errores tienen lugar, ni usted ni el plan de PSHB incurrirán en costos para corregir el error médico.

No se le facturarán los servicios para pacientes hospitalizados cuando la atención se relacione con el tratamiento de una afección específica adquirida en un hospital si usa hospitales preferidos. Esta política lo protege de tener que pagar el costo del tratamiento de estas afecciones e induce a los hospitales a mejorar la calidad de la atención que brindan.

Información de PSHB

Información de la cobertura

- **Ausencia de limitaciones por afecciones preexistentes** No nos rehusaremos a cubrir el tratamiento de una afección que tenía antes de inscribirse en el plan únicamente por el hecho de haberla tenido antes de inscribirse.
- **Cobertura esencial mínima (MEC)** La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura esencial mínima. 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 Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Esto significa que brindamos beneficios para cubrir por lo menos el 60 % de los costos totales permitidos de los beneficios esenciales de salud. El estándar del 60 % es un valor actuarial; se determinan sus costos específicos de bolsillo como se explica en este folleto.
- **Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el Programa de PSHB** Consulte www.health-benefits.opm.gov/pshb para ver la información sobre la inscripción, además de lo siguiente:
 - Información sobre el Programa de PSHB y los planes disponibles para usted
 - Una herramienta de comparación de planes de salud

Nota: Póngase en contacto con el Servicio Postal de los EE. UU. (USPS) para obtener información sobre cómo inscribirse en un plan del Programa de PSHB a través del sistema de PSHB.

Además, la oficina de empleo o de jubilación puede responder sus preguntas y proporcionarle otros folletos de planes y otros materiales que necesite para tomar una decisión informada sobre su cobertura de PSHB. En estos materiales, encontrará la siguiente información:

- cuándo puede cambiar su tipo de inscripción;
- cómo sus familiares pueden recibir cobertura;
- qué sucede cuando se transfiere a otra agencia federal, se toma una licencia no remunerada, ingresa al servicio militar o se jubila;
- qué sucede cuando finaliza su inscripción;
- cuándo comienza la próxima temporada abierta para la inscripción.

No determinamos quién es elegible para la cobertura. Usted será responsable de realizar los cambios en su estado de inscripción a través del sistema de PSHB. En algunos casos, es posible que su oficina de empleo o de jubilación tenga que presentar documentación. Para obtener información sobre las deducciones de las primas, también debe ponerse en contacto con la oficina de empleo o de jubilación.

Una vez inscrito en el plan del Programa de PSHB, debe ponerse en contacto directamente con su aseguradora para obtener actualizaciones y plantear las preguntas que tenga sobre su cobertura de beneficios.

- **Tipos de inscripción disponibles para usted y su familia** La cobertura Individual es exclusivamente para el afiliado. La cobertura Individual + 1 es para el afiliado y un familiar elegible. La cobertura Individual y familia es para el afiliado y uno o más familiares elegibles. Los familiares incluyen a su cónyuge e hijos dependientes menores de 26 años, incluidos los hijos adoptivos que la agencia de empleo o la oficina de jubilación hayan autorizado para recibir cobertura. En algunas circunstancias, también puede seguir teniendo cobertura para hijos discapacitados mayores de 26 años de edad que sean incapaces de cuidarse a sí mismos.

Si su tipo de inscripción es Individual, puede cambiarlo por Individual + 1 o Individual y familia si se casa, tiene un hijo o si hay un hijo más en su familia. Puede cambiar su tipo de inscripción desde 31 días antes hasta 60 días después de ese acontecimiento. El tipo de inscripción Individual + 1 o Individual y familia comienza el primer día del período de pago en el que nace el niño o se convierte en un familiar elegible.

Usted se inscribe en un plan del Programa de PSHB y realiza cambios en la inscripción en el sistema de PSHB, que se encuentra en www.health-benefits.opm.gov/pshb. Si necesita ayuda con el sistema de PSHB, llame a la línea de ayuda del Programa de PSHB al (844) 451-1261. Cuando se cambia a una cobertura Individual + 1 o Individual y familia porque se casa, el cambio entra en vigencia el primer día del período de pago que comienza después de que la oficina de empleo recibe su solicitud de inscripción. Los beneficios no estarán disponibles hasta que se case. La aseguradora puede solicitar que el afiliado verifique la elegibilidad de cualquiera o de todos los familiares que figuran como cubiertos en la inscripción de PSHB del afiliado.

Utilice el sistema de PSHB si desea cambiar de Individual a Individual + 1 o a Individual y familia, y añadir o eliminar a un familiar.

Su oficina de empleo o de jubilación **no** lo notificará cuando un familiar ya no sea elegible para recibir beneficios de salud. Informe a través del sistema de PSHB cualquier cambio en la situación de sus familiares, incluso si se casa, divorcia o anula su matrimonio; o cuando su hijo cumpla 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 sea elegible para la continuidad de la cobertura por su incapacidad para cuidarse a sí mismo a causa de una discapacidad física o mental que haya comenzado antes de sus 26 años.

Si usted o uno de sus familiares está inscrito en un plan de PSHB, usted o ellos no pueden estar inscritos o cubiertos como familiares por otro afiliado de otro plan de FEHB o de PSHB.

Si experimenta un evento de vida que califica (QLE), como matrimonio, divorcio o nacimiento de un hijo, fuera de la temporada abierta de beneficios federales, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de PSHB, cambiar su tipo de inscripción o cancelar su cobertura utilizando el sistema de PSHB. Para ver una lista completa de los QLE, visite el sitio web de PSHB en www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesita ayuda, póngase en contacto con la agencia de empleo, la oficina de personal/nómina o la oficina de jubilación.

- **Cobertura de familiares**

Los familiares cubiertos en el tipo de inscripción Individual + 1 son su cónyuge (incluido su cónyuge por matrimonio de hecho válido si vive en un estado que reconoce este tipo de matrimonio) y sus hijos, tal como se describe a continuación. El tipo de inscripción Individual + 1 lo cubre a usted y a su cónyuge o a otro familiar elegible, como se describe a continuación.

Hijos naturales, hijos adoptados e hijastros

Cobertura: Los hijos naturales, los hijos adoptados y los hijastros tienen cobertura hasta que cumplen 26 años.

Hijos adoptivos

Cobertura: Los hijos adoptivos son elegibles para la cobertura hasta su cumpleaños número 26 si brinda la documentación correspondiente que justifique que usted se encarga completa y continuamente de su manutención y si firma una certificación en la que declara que el niño cumple con todos los requisitos. Póngase en contacto con la Oficina de Recursos Humanos o con el sistema de jubilación para obtener más información.

Hijos incapaces de cuidarse a sí mismos

Cobertura: Los hijos incapaces de cuidarse a sí mismos debido a una discapacidad física o mental que haya comenzado antes de que cumplieran 26 años son elegibles para la continuidad de la cobertura. Póngase en contacto con la Oficina de Recursos Humanos o con el sistema de jubilación para obtener más información.

Hijos casados

Cobertura: Los hijos casados (pero NO su cónyuge ni sus hijos) tienen cobertura hasta que cumplen 26 años.

Hijos con seguro de salud proporcionado por el empleador o elegibles para este

Cobertura: Los hijos que son elegibles para el seguro de salud proporcionado por su empleador o que tienen este tipo de seguro están cubiertos hasta los 26 años.

Los hijos recién nacidos de hijos cubiertos solo tienen cobertura para la atención neonatal de rutina durante la parte cubierta de la estancia por maternidad de la madre.

Encontrará información adicional en www.opm.gov/healthcare-insurance.

- **Ley de Equidad para los Niños**

La OPM se rige por lo dispuesto en la Ley de Equidad para los Niños de 2000 respecto de los beneficios de salud para empleados federales. Esta ley exige que se inscriba en la cobertura Individual + 1 o Individual y familia del Programa de PSHB si es un empleado sujeto a una orden judicial o administrativa que le exige proporcionarles beneficios de salud a sus hijos.

Si esta ley se aplica a su caso, debe inscribirse en la cobertura Individual + 1 o Individual y familia en un plan de salud que brinda beneficios completos en el área donde sus hijos viven, o bien debe proporcionar la documentación correspondiente a la oficina de empleo que indique que ha obtenido otra cobertura de beneficios de salud para sus hijos. Si no lo hace, la oficina de empleo lo inscribirá involuntariamente de la siguiente manera:

- Si no tiene cobertura de PSHB, la oficina de empleo lo inscribirá en la cobertura Individual + 1 o Individual y familia, según corresponda, en la opción del plan nacional de menor costo, en función de lo que determine la OPM.
- Si está inscrito en Individual en un plan de pago por servicio o en una HMO que brinda servicios en el área donde viven sus hijos, la oficina de empleo lo cambiará a Individual + 1 o Individual y familia, según corresponda, en la misma opción del mismo plan.
- Si está inscrito en una HMO que no brinda servicios en el área donde viven sus hijos, la oficina de empleo lo cambiará a Individual + 1 o Individual y familia, según corresponda, en la opción del plan nacional de menor costo, en función de lo que determine la OPM.

Mientras la orden judicial o administrativa esté en vigencia y se mencione en ella a por lo menos un hijo que aún es elegible para el Programa de PSHB, no puede cancelar su inscripción, cambiarse a Individual ni cambiarse a un plan que no brinde servicios en el área donde viven sus hijos, a menos que presente la documentación correspondiente que indique que tiene otra cobertura para sus hijos.

Si la orden judicial o administrativa aún está en vigencia cuando se jubila y tiene al menos un hijo que aún es elegible para la cobertura de PSHB, debe continuar con la cobertura de PSHB hasta que se jubile (si es elegible) y no puede cancelarla, cambiarse a Individual ni cambiarse a un plan que no brinde servicios en el área donde viven sus hijos mientras dicha orden esté en vigencia. Asimismo, no puede cambiarse a Individual + 1 si en la orden del tribunal o administrativa se menciona a más de un hijo. Póngase en contacto con la oficina de empleo para obtener más información.

Para los pensionados que deben inscribirse en Medicare Parte B como condición para continuar con la cobertura de PSHB durante la jubilación: Si se inscribe en Medicare Parte B y continúa con la cobertura de PSHB durante la jubilación, se le aplicará la ley de equidad de menores y no podrá cancelar su cobertura, cambiar a Individual ni cambiar a un plan que no preste servicios en el área donde viven sus hijos mientras la orden judicial o administrativa esté en vigencia. No se lo puede obligar a inscribirse o permanecer inscrito en Medicare Parte B para mantener su inscripción en el Programa de PSHB como condición para cumplir una orden judicial o administrativa. Sin embargo, si no se inscribe (o sigue inscrito) en Medicare Parte B como se requiere para continuar con su cobertura del Programa de PSHB durante la jubilación (a pesar de una orden judicial o administrativa existente), no podrá continuar con su cobertura del Programa de PSHB durante la jubilación.

- **Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare**

Nuestro EGWP del PDP solo está disponible para pensionados del Servicio Postal que sean elegibles para Medicare Parte D y sus familiares cubiertos elegibles para Medicare Parte D. Nuestro EGWP del PDP no es un plan de Medicare Parte D de mercado abierto. Si usted es un empleado activo del Servicio Postal o un familiar cubierto, y es elegible para inscribirse en Medicare Parte D, no es elegible para inscribirse en nuestro EGWP del PDP. Comuníquese con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para obtener ayuda al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

Los beneficios en este folleto entran en vigencia el 1 de enero. Si se inscribió en este plan durante la temporada abierta, su cobertura y primas comienzan el 1 de enero. Si se inscribió en cualquier otro momento durante el año, su oficina de empleo o de jubilación le indicará la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Si sigue inscrito después de ya no ser elegible para la cobertura (por ejemplo, ya no se encuentra en los servicios federales) y no paga las primas, será responsable de todos los beneficios pagados durante el período en el que no pagó las primas. Es posible que se su proveedor le cobre directamente por los servicios que reciba. Se lo puede procesar por fraude por usar intencionadamente los beneficios del seguro de salud por los cuales no pagó las primas correspondientes. Es su responsabilidad saber cuándo tanto usted como los miembros de su familia dejan de tener acceso a la cobertura de su seguro médico.

- **Al jubilarse** Al jubilarse, normalmente podrá permanecer en el Programa de PSHB. Generalmente, debe haber estado inscrito en el Programa de FEHB o de PSHB durante los últimos cinco años de su servicio federal. Si no cumple con este requisito, puede optar a otras opciones de cobertura, como la continuación temporal de la cobertura (TCC).

Cuándo pierde los beneficios

- **Cuando termina la cobertura de PSHB** Recibirá una cobertura adicional de 31 días, sin costo alguno, en estos casos:
 - Si su inscripción finaliza, a menos que la cancele.
 - Si es un familiar que ya no cumple los requisitos para tener cobertura.

Toda persona que tenga cobertura en el marco de la ampliación de 31 días y que se encuentre hospitalizada en un hospital u otra institución para recibir cuidados o recibir tratamientos el día 31 de la prórroga temporal tiene derecho a la continuación de los beneficios del Plan durante el tiempo que dure el período de hospitalización, pero no más allá del día 60 tras la finalización de la prórroga temporal de 31 días.

Si tiene derecho a la cobertura en virtud de la equidad del cónyuge, solo podrá inscribirse en el Programa de FEHB. Si no es elegible para la cobertura en virtud de la equidad del cónyuge y si es elegible para la continuación temporal de la cobertura (TCC), podría inscribirse en la TCC en el marco del Programa de PSHB.
- **En caso de divorcio** Si está afiliado y su divorcio o anulación es definitivo, su excónyuge no puede seguir teniendo cobertura como miembro de su familia en virtud de su afiliación Individual + 1 o Individual y familia. Debe introducir la fecha del divorcio o la anulación y dar de baja a su excónyuge en el sistema de PSHB. Podemos pedir una copia de la resolución de divorcio como prueba. Si necesita cambiar su tipo de inscripción, debe utilizar el sistema de PSHB. El cambio no se hará automáticamente.

Si estaba casado con un afiliado y su divorcio o anulación es definitivo, no podrá seguir teniendo cobertura como familiar en virtud de la afiliación de su excónyuge. Esto ocurre incluso cuando el tribunal ha ordenado a su excónyuge que le preste servicios de cobertura de seguro médico. Sin embargo, puede tener derecho a su propia cobertura conforme a la ley de equidad del cónyuge o a la TCC. Los excónyuges elegibles para recibir cobertura en virtud de la ley de equidad del cónyuge no pueden inscribirse en el Programa de PSHB. Sin embargo, los excónyuges elegibles para la cobertura en virtud de la ley de equidad del cónyuge pueden inscribirse en el Programa de FEHB. (Los excónyuges que soliciten la participación en la equidad del cónyuge, pero a los que aún no se les haya concedido, pueden tener derecho a la TCC en virtud de un plan de PSHB mientras tanto).

Los excónyuges que no cumplan los requisitos de equidad del cónyuge pueden ser elegibles para la TCC en el marco del Programa de PSHB siempre que cumplan los demás requisitos de elegibilidad para la TCC. Si se ha divorciado recientemente o piensa divorciarse, póngase en contacto con la oficina de empleo o jubilación de su excónyuge para obtener información adicional sobre sus opciones de cobertura. También puede visitar el sitio web de la OPM, www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events/memy-family/im-separated-or-im-getting-divorced#url-health. Podemos pedirle que compruebe si alguno o todos los familiares que figuran como cubiertos en la inscripción de PSHB del afiliado reúnen los requisitos necesarios.
- **EGWP del PDP de Medicare** Cuando un pensionado del Servicio Postal que es elegible para Medicare Parte D o su familiar cubierto elegible para Medicare opta por no participar o se da de baja de nuestro EGWP del PDP, no tendrá nuestra cobertura de medicamentos recetados bajo este plan. Si no mantiene una cobertura acreditable, la reinscripción en nuestro EGWP del PDP puede estar sujeta a una penalización por inscripción tardía. Si desea más información, comuníquese con nosotros al 888-338-7737.
- **Continuación temporal de la cobertura (TCC)** Si deja el servicio federal o si pierde la cobertura porque ya no reúne los requisitos para ser considerado familiar, puede ser elegible para la TCC. Por ejemplo, puede recibir la TCC si no puede continuar inscrito en PSHB después de jubilarse, si pierde su empleo federal o si es un hijo con cobertura y cumple 26 años, independientemente de su estado civil, etc.

No puede elegir la TCC si lo despiden debido a una falta grave en su empleo federal.

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

Otra opción es adquirir cobertura a través del mercado de seguros de salud, donde, dependiendo de sus ingresos, podría optar a un crédito fiscal que reduzca sus cuotas mensuales. Visite www.HealthCare.gov para comparar planes y ver cuál sería la prima, el deducible y los gastos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. Y, por último, si califica para la cobertura de otro plan de salud de grupo (como el de su cónyuge), es posible que pueda inscribirse en ese plan, siempre que lo solicite en los 30 días siguientes a perder la cobertura de PSHB.

También queremos informarle que la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA) no eliminó la TCC ni cambió las normas de la TCC.

- **Buscar una cobertura de reemplazo**

Si desea adquirir un seguro de salud en el mercado de seguros de salud de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, consulte la próxima sección de este folleto. Lo ayudaremos a encontrar una cobertura de reemplazo dentro o fuera del mercado. Si necesita ayuda, póngase en contacto con su plan local en el número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación, o visite www.bcbs.com para acceder a la página web de su plan local.

Nota: No determinamos quién es elegible para adquirir una cobertura de beneficios de salud en el mercado de seguros de salud de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio. A estas reglas las establecen las agencias del Gobierno federal que tienen la responsabilidad de implementar la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio y el mercado.

- **Mercado de seguros de salud**

Si desea adquirir un seguro de salud a través del mercado de seguros de salud 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., donde figura información actualizada sobre el mercado.

Sección 1: Cómo funciona este plan

Este es un plan de pago por servicio (FFS) que ofrece servicios cubiertos mediante proveedores preferidos. Puede elegir a sus propios médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud dentro de la red de la organización de proveedores preferidos (PPO). Le reembolsamos a usted o a su proveedor el importe de los servicios cubiertos, por lo general, sobre la base de un porcentaje del monto que permitimos. El tipo y el alcance de los servicios cubiertos, así como el monto que autorizamos, pueden ser distintos de los de otros planes. Lea atentamente los folletos.

La OPM exige que los planes de PSHB estén acreditados para validar que las operaciones del plan o la administración de la atención cumplan con los estándares reconocidos a nivel nacional. Los planes locales y los proveedores que respaldan el Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield están acreditados por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA) o la URAC. Para obtener más información sobre las acreditaciones del plan, visite los siguientes sitios web:

- Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (ncqa.org)
- URAC (URAC.org)

Características generales de FEP Blue Focus

Tenemos una organización de proveedores preferidos (PPO)

Nuestro régimen de pago por servicio ofrece servicios a través de una PPO. Esto significa que algunos hospitales y otros proveedores de atención de la salud son “proveedores preferidos”. Su plan local (o, en el caso de las farmacias minoristas preferidas, CVS Caremark) es el único responsable de la selección de proveedores para la PPO en su área. Póngase en contacto con su plan local para consultar los nombres de los proveedores de la PPO (preferidos) y verificar si siguen participando en esta. También puede visitar www.fepblue.org/provider/ para usar nuestro buscador nacional de médicos y hospitales. Puede acceder a nuestro sitio web desde el sitio web de PSHB, www.opm.gov/healthcare-insurance.

Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Cómo les pagamos a los centros y a los profesionales que son proveedores de servicios

Pagamos los beneficios cuando recibimos un reclamo sobre servicios cubiertos. Cada plan local tiene contrato con hospitales y otros centros médicos, así como con médicos y otros profesionales médicos de su área de servicio, y es responsable de tramitar y pagar las solicitudes de reclamo por los servicios que usted reciba dentro de esa área. Muchos de estos proveedores contratados, aunque no todos, pertenecen a nuestra red PPO (preferidos).

- **Proveedores de la PPO.** Los proveedores de la PPO (preferidos) se han comprometido a aceptar un monto negociado específico como pago total por los servicios cubiertos que le proporcionen. **No referimos a los centros y profesionales que prestan servicios que forman parte de la PPO como “preferidos”.** Por lo general, facturarán directamente al plan local, que a su vez les pagará directamente a ellos. No es necesario que usted presente un reclamo. Cuando consulta a proveedores preferidos, sus costos de bolsillo se limitan a copagos, deducibles o coseguros. Consulte las secciones 3 y 5(d), *Servicios de emergencia/accidentes*, para ver las excepciones a este requisito.

En las áreas del plan local, los proveedores preferidos que tienen contrato con nosotros aceptarán el 100 % de la asignación del plan como pago total por los servicios cubiertos. Como resultado, usted solo es responsable de los deducibles, coseguros o copagos correspondientes de los servicios cubiertos y de los costos de los servicios no cubiertos.

- **Proveedores no preferidos.** Este es un contrato solo con las PPO. No se ofrecen beneficios para la atención de proveedores no preferidos (participantes o no participantes) o centros no preferidos (miembros o no miembros). Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.
- **Programas piloto.** Es posible que llevemos a cabo programas piloto en una o varias zonas del plan local y en el extranjero para probar la viabilidad y examinar el impacto de diversas iniciativas. Los programas piloto no abarcan todas las zonas del plan. En este folleto, no se publica información sobre programas piloto específicos; esta se comunica a los afiliados y a los proveedores de la red de conformidad con nuestro acuerdo con la OPM. Puede que algunos programas piloto contengan beneficios que son diferentes de los descritos en este folleto.

Sus derechos y responsabilidades

La OPM exige que todos los planes de PSHB brinden determinada información a los afiliados de PSHB. Puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. En el sitio web de PSHB de la OPM, www.opm.gov/insure, figura una lista de los tipos específicos de información que debemos poner a su disposición. A continuación, se indican algunos de los datos obligatorios.

- Años de existencia
- Beneficios
- Administración de la atención médica, incluida la administración de casos y los programas de control de enfermedades
- Cómo se determina si un procedimiento es experimental o de investigación

También tiene derecho a una amplia gama de medidas de protección del consumidor y tiene responsabilidades específicas como afiliado a este plan. Puede consultar la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestro sitio web en www.fepblue.org/en/rights-and-responsibilities.

Por ley, tiene derecho a acceder a su información protegida de salud (PHI). Para obtener más información sobre cómo acceder a la PHI, visite nuestro sitio web en 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 una copia de dicho aviso por correo.

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

Sus registros médicos y de reclamos son confidenciales

Mantendremos en estricta confidencialidad su información médica y de reclamos. Podemos usar información agregada del historial médico que no revele su identidad para fines de investigación o formación médicas de buena fe.

Nota: Como parte de nuestra administración de este acuerdo, podemos revelar su información médica y de reclamos (incluido su uso de medicamentos recetados) a cualquier médico o farmacia que le esté tratando. Si desea más información sobre cómo podemos usar y revelar los datos de nuestros afiliados, puede consultar nuestro Aviso de prácticas de privacidad en www.fepblue.org.

Sección 2: Novedades para 2025

Este es el primer año del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHBP). Esta sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulte la sección 5, *Beneficios*.

Sección 3: Cómo obtener atención médica

- Tarjetas de identificación** Le enviaremos una tarjeta de identificación (ID) cuando se inscriba. Deberá llevar consigo su tarjeta en todo momento. La necesitará cada vez 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 su copia de la confirmación de inscripción del sistema de PSHB.
- Si no recibe la tarjeta de identificación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su inscripción, o si necesita tarjetas de reemplazo, llame al plan local que presta servicios en el área donde reside y pídale que lo ayuden, o escribanos directamente a: 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 atención cubierta** Debe utilizar aquellos “proveedores profesionales cubiertos” o “centros cubiertos” que son proveedores preferidos de FEP Blue Focus para poder recibir beneficios. Los beneficios no están disponibles para la atención de proveedores no preferidos, excepto en situaciones muy limitadas. Lea más en esta sección para conocer las excepciones a este requisito.
- También puede recibir atención para el tratamiento de afecciones menores, atención dermatológica, consejería para trastornos de salud conductual y por consumo de sustancias y consejería nutricional mediante servicios de teleconsulta ofrecidos por teléfono llamando al 855-636-1579 (TTY: 711) o mediante mensajes o videos seguros en línea en www.fepblue.org/telehealth.
- Protección de facturación** Las aseguradoras de PSHB deben tener cláusulas en sus acuerdos con 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 se determina que no son necesarios desde el punto de vista médico, el proveedor dentro de la red acepta eximir de responsabilidad a la persona cubierta (y no puede facturar) de la diferencia entre el cargo facturado y el monto contratado dentro de la red. Si un proveedor dentro de la red le factura por 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** Proporcionamos beneficios por los servicios de proveedores profesionales cubiertos, según lo exige la Sección 2706 (a) de la Ley del Servicio de Salud Pública. Proveedores profesionales cubiertos dentro de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. son proveedores de atención médica que prestan servicios cubiertos cuando actúan dentro del alcance de su licencia o certificación según la ley estatal aplicable y que proporcionan o facturan servicios de atención médica en el curso normal de su actividad o reciben pago por ellos. Los servicios cubiertos deben proporcionarse en el estado en el que el proveedor tiene licencia o certificación. **Si el estado no tiene ningún requisito de licencia o certificación aplicable, el proveedor debe cumplir con los requisitos del plan local.** Su plan local es responsable de determinar el estado de la licencia del proveedor y el alcance de su práctica. Como se indica en la sección 5, el plan limita la cobertura de algunos servicios, de acuerdo con los estándares aceptados de práctica clínica independientemente del área geográfica.
- Este plan reconoce que los afiliados transgénero, no binarios y otros afiliados de género diverso requieren atención médica ofrecida por proveedores de atención médica con experiencia en salud de afirmación de género. Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los afiliados que cumplan con las directrices de necesidad médica, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo o género.
- Si tiene preguntas sobre los proveedores cubiertos, desea conocer los nombres de los proveedores de la PPO (preferidos) o necesita un coordinador de atención para afecciones complejas, comuníquese con el plan local donde se prestarán los servicios.
 - **Centros cubiertos** **Los centros preferidos (PPO) cubiertos incluyen los que se enumeran a continuación, cuando cumplen con los requisitos de certificación o licencia aplicables del estado.**

Hospital: una institución, o una parte en particular de una institución, que:

 1. aporta principalmente instalaciones de diagnóstico y terapéuticos para brindar servicios de diagnóstico, tratamiento y atención quirúrgica y médica de personas lesionadas y enfermas proporcionados o supervisados por un plantel de médicos con licencia (MD) o médicos con licencia en osteopatía (DO), a cambio de compensación de sus pacientes, ya sea en régimen hospitalario o ambulatorio;

2. proporciona continuamente servicios de enfermería profesional registrada (RN) las 24 horas del día; y
3. no es, salvo incidentalmente, un centro de atención prolongada; un asilo de ancianos; un lugar para descansar; una institución para niños excepcionales, ancianos o personas con trastornos por consumo de sustancias; ni una institución de cuidados básicos o domiciliarios que tenga como propósito principal el suministro de comida, alojamiento, formación o servicios personales no médicos.

Nota: Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consideramos que las enfermerías universitarias son hospitales no preferidos (afiliados/no afiliados). Además, podemos, a nuestra discreción, reconocer cualquier institución ubicada fuera de los 50 estados y el Distrito de Columbia como hospital no preferido (afiliado/no afiliado).

Centro ambulatorio independiente: un centro independiente, como un centro quirúrgico ambulatorio, un centro quirúrgico independiente, un centro de diálisis independiente o un centro médico ambulatorio independiente, que:

1. proporciona servicios en un entorno ambulatorio;
2. contiene servicios y equipos permanentes principalmente con el fin de realizar procedimientos médicos, quirúrgicos o de diálisis renal;
3. proporciona tratamiento realizado o supervisado por médicos o enfermeras, y puede incluir otros servicios profesionales realizados en el centro; y
4. no es, salvo incidentalmente, un consultorio o clínica para la práctica privada de un médico u otro profesional.

Nota: Podemos, a nuestra discreción, reconocer cualquier otro centro similar, tales como centros de maternidad, como centros ambulatorios independientes.

Centro de tratamiento residencial: los centros de tratamiento residencial (residential treatment centers, RTC) tienen licencia del estado, distrito o territorio y pueden estar acreditados, cuando sea necesario, por una organización reconocida a nivel nacional a fin de proporcionar tratamiento residencial para afecciones médicas y de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. Los centros de atención médica acreditados (excluidos hospitales, centros de enfermería especializada, hogares grupales, hogares de transición y tipos similares de centros) proporcionan evaluación residencial, tratamiento y servicios especializados integrales las 24 horas del día relacionados con la salud médica, física, mental o por consumo de sustancias de la persona. Los RTC ofrecen programas para personas que necesitan servicios de transición a corto plazo diseñados para lograr resultados previstos centrados en fomentar la mejora o la estabilidad en la salud funcional, física o mental, reconociendo la individualidad, las fortalezas y las necesidades de las personas atendidas. Si tiene preguntas sobre el tratamiento en un RTC o necesita ayuda para coordinar esta atención, comuníquese con nosotros al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Atención especializada Blue Distinction®

Blue Distinction Specialty Care, nuestro programa de centros de excelencia, se centra en un tratamiento eficaz para procedimientos especializados, como: cirugía bariátrica, atención cardíaca, reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de columna, trasplantes, atención del cáncer, inmunoterapia celular (CAR-T), terapia génica, atención de maternidad y tratamiento y recuperación por consumo de sustancias. Utilizando criterios de evaluación nacional desarrollados con aportes de expertos médicos, los Blue Distinction Centers ofrecen atención integral por parte de equipos multidisciplinarios con capacitación en subespecialidades y experiencia clínica distinguida. Los proveedores demuestran atención de calidad, experiencia en tratamiento y mejores resultados generales para los pacientes.

Los beneficios de atención bariátrica y de trasplantes se limitan a los servicios proporcionados en un Blue Distinction Center. Para obtener más información, incluida la lista de trasplantes que deben realizarse en un Blue Distinction Center, consulte la sección 5(b).

Para ver listados de Blue Distinction Centers, visite <https://www.bcbs.com/about-us/programs-initiatives/blue-distinction-specialty-care/centers-and-physicians-search>, ingrese a nuestro buscador nacional de médicos y hospitales a través de www.fepblue.org/provider o llámenos al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Otros centros se enumeran específicamente en las descripciones de beneficios de la sección 5(c).

Qué debe hacer para obtener atención cubierta

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

Excepciones:

1. Atención de emergencia médica o de lesiones accidentales en la sala de emergencias de un hospital y transporte en ambulancia relacionado como se describe en la Sección 5(d), *Servicios de emergencia/accidentes*.
2. Atención profesional proporcionada en centros preferidos por radiólogos, anestesiólogos, enfermeros anestesiólogos registrados certificados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de urgencias y cirujanos asistentes no preferidos.
3. Servicios de laboratorio y patología, rayos X y pruebas de diagnóstico facturadas por laboratorios, radiólogos e instalaciones para pacientes ambulatorios no preferidos.
4. Servicios de cirujanos asistentes.
5. Atención recibida fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.
6. Situaciones especiales de acceso a proveedores, distintas a las descritas anteriormente. Le recomendamos que se comunique con su plan local para obtener más información sobre este tipo de situaciones antes de recibir servicios de un proveedor no preferido.

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

• **Atención de transición**

Atención especializada: Si tiene una afección crónica o incapacitante y

- pierde el acceso a su especialista porque su cobertura cambió de FEHB a PSHB y su plan de salud no participa en PSHB, o
- pierde el acceso a su especialista porque dejamos de participar en el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB) y se inscribe en otro plan de PSHB, o
- pierde el acceso a su especialista preferido porque rescindimos nuestro contrato con su especialista por motivos distintos no justificados,

es posible que pueda seguir consultando a su especialista y recibiendo cualquier beneficio preferido hasta por 90 días después de recibir la notificación del cambio. Comuníquese con nosotros o, si dejamos de participar en el programa, comuníquese con su nuevo plan.

Si está embarazada y pierde el acceso a su especialista debido a las circunstancias anteriores, puede continuar consultando a su especialista y sus beneficios preferidos continuarán hasta el final de su atención posparto, incluso si es más allá de los 90 días.

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

Pagamos los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de su inscripción. Sin embargo, si se encuentra en el hospital cuando comienza su afiliación en nuestro plan, llámenos de inmediato. Si aún no ha recibido la tarjeta de identificación, puede comunicarse con su plan local al número de teléfono que figura en el directorio telefónico local. Si ya tiene su nueva tarjeta de identificación, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta. Si es nuevo en el Programa de PSHB, le reembolsaremos los servicios cubiertos mientras esté en el hospital a partir de la fecha de vigencia de su cobertura.

Sin embargo, si cambió de otro plan de PSHB a este plan de PSHB, su plan anterior pagará la estancia en el hospital hasta que:

- se le dé el alta, no solo el traslado a un centro de atención alternativo;
- llegue el día en que se agoten los beneficios de su plan anterior; o
- se cumpla el día 92 después de afiliarse a este plan, lo que ocurra primero.

Estas disposiciones se aplican únicamente a los beneficios de la persona hospitalizada. Si su plan cancela su participación en el Programa de PSHB en su totalidad o en parte, o si la OPM ordena un cambio de inscripción, esta disposición de continuación de cobertura no se aplica. En tales casos, los beneficios del familiar hospitalizado bajo el nuevo plan comienzan en la fecha de vigencia de la afiliación.

Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios

Los procesos de aprobación de reclamos previos a la admisión para pacientes hospitalizados (lo que se conoce como certificación previa) y para otros servicios (lo que se conoce como aprobación previa) se detallan en esta sección. Un **reclamo previo al servicio** es cualquier reclamo, total o parcial, que requiere nuestra aprobación antes de que reciba atención o servicios médicos. En otras palabras, un reclamo de beneficios previo al servicio puede requerir certificación previa y aprobación previa. Si no obtiene la certificación previa o la aprobación previa requerida, puede haber una reducción o denegación de beneficios. Asegúrese de leer toda la información siguiente sobre certificación previa y aprobación previa. Las políticas médicas del FEP pueden encontrarse en www.fepblue.org/policies.

- **Admisión para pacientes hospitalizados, admisión en un centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados**

La certificación previa es el proceso mediante el cual, antes de su admisión como paciente hospitalizado, evaluamos la necesidad médica de su estancia propuesta, los procedimientos/servicios que se realizarán, la cantidad de días necesarios para tratar su afección y cualquier criterio de beneficio aplicable. A menos que la información que recibamos nos induzca a error, no cambiaremos nuestra decisión sobre la necesidad médica.

En la mayoría de los casos, su médico o centro se encargará de solicitar la certificación previa. Debido a que usted sigue siendo responsable de garantizar que su atención esté certificada previamente, siempre debe preguntarle a su médico, hospital o centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados si se han comunicado con nosotros y nos han proporcionado toda la información necesaria. También puede comunicarse con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para preguntar si hemos recibido la solicitud de certificación previa. Más adelante en esta sección, encontrará más información sobre la certificación previa de una *admisión de emergencia para pacientes hospitalizados*.

Nota: Se aplican reglas especiales cuando Medicare u otro pagador es el pagador principal, como se explica más adelante en esta sección.

- **Advertencia**

Reduciremos nuestros beneficios para la estancia de pacientes hospitalizados en \$500, incluso si ha obtenido aprobación previa para el servicio o procedimiento que se realiza durante la estancia, si nadie se comunica con nosotros para obtener una certificación previa. Si la estancia no es médicamente necesaria, no proporcionaremos beneficios de alojamiento y comida o atención médica para pacientes hospitalizados; solo pagaremos los servicios y suministros médicos cubiertos que, de otro modo, se pagarían de forma ambulatoria.

- **Excepciones**

No necesita certificación previa en estos casos:

Está admitido en un hospital fuera de los EE. UU.; con excepción de las admisiones para cirugía de afirmación de género y las admisiones a centros de tratamiento residencial.

Nota: Se aplican reglas especiales cuando Medicare u otro pagador es el pagador principal, como se explica más adelante en esta sección.

- **Otros servicios**

Debe obtener aprobación previa para estos servicios en todos los entornos ambulatorios y hospitalarios, a menos que se indique lo contrario. Si no se obtiene la aprobación previa, se aplicará una multa de \$100. También se requiere certificación previa si el servicio o procedimiento requiere una admisión para pacientes hospitalizados. Sin embargo, se aplican reglas especiales cuando Medicare u otro pagador es el pagador principal, como se explica más adelante en esta sección. Si es necesaria una admisión hospitalaria, también se requiere certificación previa. Comuníquese con nosotros utilizando el número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación antes de recibir este tipo de servicios y le solicitaremos la evidencia médica necesaria para tomar una determinación de cobertura:

- **Terapia génica e inmunoterapia celular**, incluida la terapia con receptores de células T y Car-T.
- **Medicamentos de beneficios médicos:** solicitamos aprobación previa para determinados medicamentos que se presentarán en un reclamo médico de reembolso. Comuníquese al número de atención al cliente indicado en el dorso de su tarjeta de identificación o visítenos en www.fepblue.org/medicalbenefitdrugs para ver una lista de estos medicamentos.
- **Transporte en ambulancia aérea (no de emergencia):** el transporte en ambulancia aérea relacionado con la atención inmediata de una emergencia médica o una lesión accidental no requiere aprobación previa.
- **Análisis de comportamiento aplicado (applied behavior analysis, ABA):** se requiere aprobación previa para el ABA y todos los servicios relacionados, incluidos análisis, valoraciones y tratamientos.
- **Pruebas genéticas.**
- **Servicios quirúrgicos:** los servicios quirúrgicos de la siguiente lista requieren aprobación previa y, cuando la atención se proporcione en un entorno hospitalario, se requiere certificación previa para la estancia en el hospital:

- Procedimientos para tratar la obesidad grave.
Nota: Los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave (realizado en pacientes hospitalizados o ambulatorios) están sujetos a los requisitos previos a la intervención quirúrgica enumerados en nuestra política médica sobre cirugía bariátrica. Consulte la sección 5(b). Los beneficios solo están disponibles para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave cuando se proporcionan en un Blue Distinction Specialty Care Center for Bariatric Surgery (pérdida de peso).
- Reducción o aumento de mamas no relacionados con el tratamiento del cáncer.
- Cirugía de afirmación de género: antes del tratamiento quirúrgico de los pacientes con disforia de género, su proveedor debe presentar un plan de tratamiento que incluya todas las cirugías previstas y la fecha estimada de realización de cada una de ellas. Se debe obtener una nueva aprobación previa si se aprueba el plan de tratamiento y su proveedor posteriormente modifica el plan.
- Cirugías maxilofaciales orales/cirugías de mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar y suelo de la boca, y procedimientos relacionados.
- Procedimientos de cirugía ortognática, injertos óseos, osteotomías y tratamiento quirúrgico de la articulación temporomandibular (ATM).
- Procedimientos ortopédicos: cadera, rodilla, tobillo, columna, hombro y todos los procedimientos ortopédicos que utilizan navegación quirúrgica musculoesquelética asistida por computadora.
- Cirugía reconstructiva para afecciones distintas del cáncer de mama.
- Rinoplastia.
- Septoplastia.
- Tratamiento de várices.
- **Terapia con haz de protones:** se requiere aprobación previa para todos los servicios de terapia con haz de protones, excepto para afiliados de 21 años o menos, o cuando estén relacionados con el tratamiento de neoplasias del sistema nervioso, incluidos el cerebro y la médula espinal; neoplasias malignas del timo; linfomas de Hodgkin y no Hodgkin.
- **Radiocirugía estereotáctica:** se requiere aprobación previa para toda radiocirugía estereotáctica, excepto cuando esté relacionada con el tratamiento de neoplasias malignas del cerebro y del ojo específicas de la coroides y el cuerpo 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 de epilepsia o malformaciones arteriovenosas.
- **Radioterapia corporal estereotáctica.**
- **Servicios reproductivos:** se requiere aprobación previa para la inseminación intracervical (ICI), la inseminación intrauterina (IUI) y la inseminación intravaginal (IVI).
- **Almacenamiento de esperma y óvulos:** se requiere aprobación previa para el almacenamiento de esperma y óvulos en personas que enfrentan infertilidad iatrogénica.
- **Cuidados paliativos:** se requiere aprobación previa para los servicios de cuidados paliativos en el hogar, cuidados paliativos continuos en el hogar o cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Le indicaremos qué agencias de cuidados paliativos en el hogar hemos autorizado.
- **Rehabilitación cardíaca.**
- **Implantes cocleares.**
- **Atención en un centro de tratamiento residencial** para cualquier afección.
- **Dispositivos protésicos (externos),** incluidos: prótesis de extremidad controladas por microprocesador; prótesis electrónica y alimentada externamente.
- **Rehabilitación pulmonar.**
- **Radiología de alta tecnología,** que incluye:
 - Imágenes por resonancia magnética (MRI)
 - Tomografía computarizada (CT)

- Tomografía por emisión de positrones (PET)

Nota: La radiología de alta tecnología relacionada con la atención inmediata de una emergencia médica o una lesión accidental no requiere aprobación previa.

- **Equipo médico duradero (DME) especializado** (alquiler o compra), que incluye:
 - Camas de hospital especializadas
 - Sillas de ruedas de lujo, sillas de ruedas eléctricas y dispositivos de movilidad y suministros relacionados
- **Trasplantes:** Se requiere aprobación previa para todos los trasplantes. **Se requiere aprobación previa** tanto para el procedimiento como, si los beneficios lo requieren, para el programa de trasplante; se requiere certificación previa para la atención hospitalaria.
- **Los trasplantes de células madre de sangre o médula ósea** enumerados en la sección 5(b) deben realizarse en un programa de trasplantes designado como Blue Distinction Center for Transplants. Lea anteriormente en esta sección para obtener más información sobre este tipo de programas.

No todos los programas de trasplante proporcionan servicios de trasplante para cada tipo de afección o procedimiento de trasplante enumerado, ni están designados o acreditados para cada trasplante cubierto. No se proporcionan beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto a menos que el programa de trasplante esté específicamente designado como Blue Distinction Center for Transplants para ese procedimiento. Antes de programar un trasplante, llame a su plan local al número de teléfono de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación a fin de obtener ayuda para localizar un centro elegible y solicitar aprobación previa para los servicios de trasplante.

- **Ensayos clínicos para determinados trasplantes de células madre de sangre o médula ósea:** en la sección 5(b), proporcionamos una **lista de afecciones cubiertas únicamente en ensayos clínicos**.
 - Póngase en contacto con nosotros llamando al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información o para pedir la aprobación previa antes de obtener servicios. Le pediremos la evidencia médica que necesitemos para determinar la cobertura.

Aunque podamos indicar que hay beneficios disponibles para un tipo específico de ensayo clínico, es posible que no sea elegible para su inclusión en estos ensayos o que no haya ningún ensayo disponible en un Blue Distinction Center for Transplants para tratar su afección. Si su médico le recomendó que reciba un trasplante o que participe en un ensayo clínico de trasplante, le recomendamos que se comunique con el Departamento de Administración de Casos de su plan local.

Nota: A los fines de los trasplantes de ensayos clínicos de células madre de sangre o médula ósea cubiertos por este plan, un ensayo clínico es un estudio de investigación cuyo protocolo ha sido revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del Blue Distinction Center for Transplants donde el procedimiento se va a realizar.

- **Trasplantes de órganos/tejidos:**

Los beneficios para ciertos trasplantes se limitan a los centros o programas de trasplantes designados.

Algunos trasplantes enumerados en la sección 5(b) deben realizarse en un programa de trasplantes designado como Blue Distinction Center for Transplants.

Algunos trasplantes de órganos no están disponibles en un Blue Distinction Center for Transplants y deben realizarse en un centro preferido con un programa de trasplantes aprobado por Medicare, si lo hubiera. Los trasplantes que involucran más de un órgano deben realizarse en un centro que ofrezca un programa de trasplantes aprobado por Medicare para cada órgano trasplantado. Comuníquese con su plan local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare.

Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un determinado tipo de procedimiento de trasplante de órganos, este requisito no se aplica y usted puede utilizar cualquier centro preferido cubierto y proveedor preferido que realice el procedimiento.

Comuníquese con nosotros al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación antes de obtener servicios. Solicitaremos la evidencia médica que necesitamos para tomar nuestra determinación de cobertura. Nuestra revisión incluirá la determinación de si usted cumple con los criterios del centro y del programa de trasplante para el trasplante en particular.

Todos los afiliados (incluidos aquellos que tienen Medicare Parte A u otra póliza de seguro médico grupal como su pagador principal) deben comunicarse con nosotros al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación antes de obtener servicios.

- **Viajes para trasplantes:** si viaja a un Blue Distinction Center for Transplants, le reembolsamos hasta \$5,000 por trasplante por los costos de transporte (aéreo, tren, autobús o taxi) y alojamiento (para usted y sus acompañantes) si vive a 50 millas o más del centro.
- **Medicamentos y suministros con receta:** ciertos medicamentos y suministros con receta, incluidos alimentos médicos administrados por vía oral, requieren aprobación previa. Comuníquese con CVS Caremark, nuestro administrador de farmacia, llamando al 800-624-5060 (TTY: 711) para solicitar aprobación previa u obtener una lista de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Solicitaremos la información que necesitamos para tomar nuestra determinación de cobertura. Debe renovar periódicamente la aprobación previa para ciertos medicamentos. Consulte la sección 5(f) para obtener más información sobre nuestro programa de aprobación previa de medicamentos con receta, que forma parte de nuestro Programa de Monitoreo de la Calidad y la Seguridad del Paciente (PSQM).

Notas:

- Se realizan actualizaciones periódicas durante todo el año en la lista de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Se pueden agregar nuevos medicamentos y suministros a la lista, y los criterios de aprobación previa pueden cambiar. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.
- Hasta que los aprobemos, usted debe pagar estos medicamentos en su totalidad cuando los compre (incluso si los compra en una farmacia minorista preferida o a través de nuestra farmacia de medicamentos especializados) y enviarnos los gastos en un formulario de reclamo. Las farmacias preferidas no presentarán estos reclamos por usted.
- El Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados no surtirá su receta hasta que haya obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, retendrá su receta por hasta 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa dentro de los 30 días, se le devolverá su receta junto con una carta que explica los procedimientos de aprobación previa.

- **Advertencia**

Reduciremos nuestros beneficios en \$100 para servicios médicamente necesarios que requieran aprobación previa si nadie se comunica con nosotros para obtener aprobación previa. Si el servicio no es médicamente necesario, no proporcionaremos beneficios. Esta reducción de beneficios no se aplica a los medicamentos con receta que requieren aprobación previa.

- **Situaciones especiales de autorización previa relacionadas con la coordinación de beneficios (COB)**

Los ejemplos a continuación son situaciones especiales relacionadas con la aprobación previa y la certificación previa cuando Medicare es el pagador principal.

Tipo de servicio: Admisión para pacientes hospitalizados

Pagador principal: Medicare Parte A

Certificación previa: No

Aprobación previa: No aplica

Tipo de servicio: Los beneficios hospitalarios de Medicare se agotaron y no desea utilizar sus días de reserva vitalicia de Medicare

Pagador principal: Beneficios de Medicare Parte A no proporcionados

Certificación previa: Sí

Aprobación previa: No aplica

Tipo de servicio: Cirugía de afirmación de género cuando se realiza durante una admisión hospitalaria

Pagador principal: Medicare Parte A

Certificación previa: Sí

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Cirugía de afirmación de género en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC)

Pagador principal: Medicare Parte B

Certificación previa: No aplica

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Cirugía de obesidad grave cuando se realiza durante una admisión hospitalaria

Pagador principal: Medicare Parte A

Certificación previa: No

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Cirugía de obesidad grave en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio (ASC)

Pagador principal: Medicare Parte B

Certificación previa: No aplica

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Admisión en un centro de tratamiento residencial; paciente hospitalizado

Pagador principal: Medicare Parte A

Certificación previa: Sí

Aprobación previa: No aplica

Tipo de servicio: Centro de tratamiento residencial; atención ambulatoria

Pagador principal: Medicare Parte B

Certificación previa: No aplica

Aprobación previa: Sí

Los ejemplos a continuación son situaciones especiales relacionadas con la aprobación previa y la certificación previa cuando otro seguro médico es el pagador principal.

Tipo de servicio: Admisión para pacientes hospitalizados

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: No

Aprobación previa: No aplica

Tipo de servicio: Cirugía de afirmación de género cuando se realiza durante una admisión hospitalaria

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: Sí

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Cirugía de afirmación de género en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC)

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: No aplica

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Cirugía de obesidad grave cuando se realiza durante una admisión hospitalaria

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: No

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Cirugía de obesidad grave en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio (ASC)

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: No aplica

Aprobación previa: Sí

Tipo de servicio: Admisión en un centro de tratamiento residencial; paciente hospitalizado

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: Sí

Aprobación previa: No aplica

Tipo de servicio: Centro de tratamiento residencial; atención ambulatoria

Pagador principal: Otro seguro médico

Certificación previa: No aplica

Aprobación previa: Sí

• **Notificación previa: atención por maternidad**

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

- nombre del afiliado y número de identificación del plan;
- fecha prevista del parto;
- fecha de su primera cita prenatal;
- nombre y número de teléfono del proveedor (es decir, médico, enfermera especializada, enfermera partera) que proporciona su atención prenatal, de parto y posnatal;
- nombre y ubicación del lugar donde tiene previsto dar a luz (es decir, hospital, centro de maternidad, su casa);
- si tiene previsto dar a luz en un hospital, el tipo de parto y la cantidad estimada de días que estará en el hospital.

Le informaremos si necesitamos información adicional.

Cómo solicitar una certificación previa para una admisión u obtener autorización previa para otros servicios

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

- nombre del afiliado y número de identificación del plan;
- nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono del paciente;
- motivo de la admisión hospitalaria, el tratamiento propuesto o la cirugía;
- nombre y número de teléfono del médico que realiza el ingreso;
- nombre del hospital o centro;
- cantidad de días solicitados de estancia hospitalaria;
- cualquier otra información que podamos solicitar relacionada con los servicios que se proporcionarán.

Nota: Si autorizamos la solicitud de aprobación previa o certificación previa, se le proporcionará una notificación en la que se le indicarán los servicios aprobados y el período de autorización. Debe comunicarse con nosotros con una solicitud de una nueva aprobación cinco (5) días hábiles antes de un cambio en la solicitud original aprobada y para solicitudes de una prórroga más allá del período de autorización aprobado en la notificación que recibió. Le comunicaremos la información necesaria para revisar la solicitud de cambio o prórroga.

- **Reclamos de atención no urgente**

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

Si por causas ajenas a nuestra voluntad fuera necesario ampliar el plazo, podemos tomar hasta 15 días adicionales para la revisión y le notificaremos la necesidad de extender el tiempo antes de que finalice el período original de **15 días**. Nuestra notificación incluirá las circunstancias subyacentes a la solicitud de prórroga y la fecha en que se espera una decisión.

Si necesitamos una prórroga porque no hemos recibido la información necesaria de su parte, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le daremos hasta 60 días desde la recepción de la notificación para proporcionar la información.

- **Reclamos de atención de urgencia**

Si tiene un **reclamo de atención de urgencia** (es decir, cuando esperar su atención o tratamiento médico podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, o, en la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, lo sometería a un dolor intenso que no se puede controlar adecuadamente sin esta atención o tratamiento), aceleraremos nuestra revisión del reclamo y le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas siempre que recibamos información suficiente para completar la revisión. (Para reclamos de atención simultánea que también son reclamos de atención de urgencia, consulte *Si su tratamiento necesita extenderse* más adelante en esta sección). Si solicita que revisemos su reclamo como un reclamo de atención de urgencia, revisaremos la documentación que proporcione y decidiremos si se trata o no de un reclamo de atención de urgencia aplicando el criterio de una persona prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina.

Si no proporciona suficiente información, nos comunicaremos con usted dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo para informarle qué información necesitamos para completar nuestra revisión del reclamo. Luego, tendrá hasta 48 horas para proporcionar la información requerida. Tomaremos nuestra decisión sobre el reclamo dentro de las 48 horas siguientes a partir (1) del momento en que recibimos la información adicional o (2) del final del plazo, lo que ocurra primero.

Podemos proporcionar nuestra decisión de forma oral dentro de estos plazos, pero realizaremos un seguimiento con una notificación escrita o electrónica dentro de los tres días posteriores a la notificación oral.

Puede solicitar que nosotros y la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management, OPM) revisemos simultáneamente su reclamo de atención de urgencia en apelación. Infórmenos que desea una revisión simultánea de su reclamo de atención de urgencia por parte de la OPM, ya sea por escrito en el momento de apelar nuestra decisión inicial o llamándonos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También puede llamar a Operaciones de Seguros del Servicio Postal (PSIO) de la OPM al (202) 936-0002 de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este (excluyendo los días festivos), para solicitar la revisión simultánea. Cooperaremos con la OPM para que puedan revisar rápidamente su reclamo en apelación. Además, si no indicó que su reclamo era de atención de urgencia, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si se determina que su reclamo es de atención de urgencia, aceleraremos nuestra revisión (si aún no hemos respondido a su reclamo).

- **Reclamos de atención simultánea**

Un reclamo de atención simultánea implica atención proporcionada a lo largo del tiempo o durante varios tratamientos. Cualquier reducción o rescisión de un tratamiento aprobado previamente antes de que finalice el período de tiempo o el número de tratamientos aprobados se considerará una decisión apelable. Esto no incluye reducción o rescisión debido a cambios en los beneficios o si finaliza su afiliación. Si creemos que se justifica una reducción o rescisión, le daremos tiempo suficiente para apelar y obtener una decisión nuestra antes de que la reducción o rescisión entre en vigor.

Si solicita una prórroga de un tratamiento en curso al menos 24 horas antes de que expire el plazo aprobado y este también es un reclamo de atención de urgencia, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

- **Admisión de emergencia para pacientes hospitalizados**

Si tiene una admisión de emergencia debido a una afección que, en su opinión, pone su vida en peligro o podría causar un daño grave a sus funciones corporales, usted, su representante, el médico o el hospital deben llamarnos dentro de los dos días hábiles siguientes al día del ingreso de emergencia, aunque le hayan dado el alta del hospital. Si no nos llama dentro de los dos días hábiles, se puede aplicar una multa de \$500; consulte *Advertencia en Admisión para pacientes hospitalizados* anteriormente en esta sección y la información en *Si se debe prolongar su estancia en el centro* en esta página a continuación.

Las admisiones a centros de tratamiento residencial no se consideran emergencias.

- **Atención por maternidad**

Le recomendamos que nos notifique de su embarazo durante el primer trimestre. No necesita certificación previa de admisión por maternidad para un parto de rutina. Sin embargo, si su afección médica requiere que permanezca más de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea, el médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener una certificación previa de días adicionales. Además, si su bebé recién nacido se queda después de que a usted le den el alta, el médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener una certificación previa de días adicionales para su bebé recién nacido.

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

- **Si se debe prolongar su estancia en el centro**

Si su estancia **en el hospital**, incluida la atención de maternidad y RTC, se debe prolongar, usted, su representante, su médico o el hospital deben solicitarnos que aprobemos los días adicionales. Si permanece en el hospital más allá de la cantidad de días que aprobamos y no obtuvo la certificación previa de los días adicionales, entonces:

- para la parte de la admisión que fue médicamente necesaria, pagaremos beneficios para pacientes hospitalizados, pero
- para la parte de la admisión que no fue médicamente necesaria, pagaremos solo servicios y suministros médicos que de otro modo se pagarían de forma ambulatoria y no pagaremos beneficios para pacientes hospitalizados.

- **Si se debe prolongar su tratamiento**

Si pide una prórroga de un tratamiento en curso al menos 24 horas antes de que expire el plazo aprobado y se trata también de un reclamo de atención de urgencia, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas siguientes a la recepción del reclamo.

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

Si tiene un **reclamo previo al servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión con respecto a la certificación previa de una admisión como paciente hospitalizado o la aprobación previa de *otros servicios*, puede solicitar una revisión siguiendo los procedimientos enumerados en la página siguiente. Tenga en cuenta que estos procedimientos también se aplican a solicitudes de reconsideración de reclamos de atención simultánea. Si ya recibió el servicio, suministro o tratamiento, entonces su reclamo es un **reclamo posterior al servicio** y debe seguir todo el proceso de reclamos en disputa que se detalla en la sección 8.

- **Reconsideración de un reclamo de atención no urgente**

Dentro de los 6 meses posteriores a nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos dicha decisión. Siga el paso 1 del proceso de reclamos en disputa que se detalla en la sección 8 de este folleto.

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

1. volver a certificar su admisión como paciente hospitalizado o, si corresponde, autorizar su solicitud de aprobación previa para el servicio, medicamento o suministro; o
2. escribirle y mantener nuestra denegación; o
3. solicitarle más información a usted o a su proveedor.

Usted o su proveedor deben enviar la información para que la recibamos dentro de los 60 días posteriores a nuestra solicitud. Luego, decidiremos en un plazo de 30 días más.

Si no recibimos la información dentro de los 60 días, decidiremos dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que debíamos recibir la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tenemos. Le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

- **Reconsideración de un reclamo de atención de urgencia**

En el caso de una apelación de un reclamo de atención de urgencia previa al servicio, dentro de los 6 meses posteriores a nuestra decisión inicial, puede solicitarnos por escrito que reconsideremos dicha decisión. Siga el paso 1 del proceso de reclamos en disputa que se detalla en la sección 8 de este folleto.

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

- **Presentación de una apelación ante la OPM**

Después de que reconsideremos su reclamo previo al servicio, si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarle a la OPM que lo revise siguiendo el paso 3 del proceso de reclamos en disputa que se detalla en la sección 8 de este folleto.

Nota: Si está inscrito en nuestro EGWP del PDP de Medicare y no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la cobertura de beneficios, tiene derecho a apelar. Consulte la sección 8(a) para obtener información sobre el proceso de apelación del EGWP del PDP.

Sección 4: Sus costos por los servicios cubiertos

Esto es lo que pagará de su bolsillo por la atención cubierta:

Costo compartido	<p>Costo compartido es el término general utilizado para referirse a sus gastos de bolsillo (por ejemplo, deducible, coseguro y copagos) por la atención cubierta que recibe.</p> <p>Nota: Es posible que deba pagar el deducible, el coseguro o el copago que se aplican a su atención en el momento en que recibe los servicios.</p>
Copago	<p>Un copago es un monto fijo de dinero que usted paga al proveedor, centro, farmacia, etc. cuando recibe ciertos servicios.</p> <p>Por ejemplo: Cuando visita a su proveedor profesional preferido de fisioterapia, usted paga un copago de \$25 por la visita y, luego, nosotros pagamos el resto del monto permitido para la visita. (Es posible que tenga que pagar por separado otros servicios que reciba en el consultorio del proveedor).</p> <p>Los copagos no se aplican a servicios y suministros que están sujetos a un monto de deducible o coseguro.</p> <p>Nota: Si el monto facturado (o la asignación del plan que los proveedores con los que tenemos contrato han acordado aceptar como pago total) es inferior a su copago, usted pagará el monto inferior.</p>
Deducible	<p>Un deducible es un monto fijo de gastos cubiertos en los que debe incurrir para ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que comencemos a pagar beneficios por ellos. Los montos de los copagos y los coseguros no cuentan para el deducible. Cuando un servicio o suministro cubierto está sujeto a un deducible, solo la asignación del plan para el servicio o suministro que usted paga después cuenta para alcanzar su deducible.</p> <p>El deducible por año calendario es de \$500 por persona. Una vez que se haya satisfecho el monto del deducible para una persona, los servicios cubiertos se pagarán para esa persona. En la inscripción Individual + 1, ambos miembros de la familia deben alcanzar el deducible individual. Bajo una inscripción Individual y familia, una persona puede alcanzar el deducible individual, o se considera que los deducibles individuales de todos los miembros de la familia están satisfechos cuando los deducibles de ellos se combinan y alcanzan los \$1,000.</p> <p>Nota: Si el monto facturado (o la asignación del plan que los proveedores con los que tenemos contrato han acordado aceptar como pago total) es inferior que la parte restante de su deducible, usted pagará el monto inferior.</p> <p>Por ejemplo: Si el monto facturado es de \$100, el proveedor tiene un acuerdo con nosotros para aceptar \$80 y usted no ha pagado ningún monto para alcanzar su deducible por año calendario, deberá pagar \$80. Aplicaremos \$80 a su deducible. Comenzaremos a pagar beneficios una vez que se haya satisfecho la parte restante de su deducible de \$500 por año calendario.</p> <p>Nota: Si cambia de plan de PSHB durante la temporada abierta, la fecha de entrada en vigencia de su nuevo plan de PSHB es el 1 de enero del año siguiente, y el 1 de enero comienza un nuevo deducible. Si cambia de plan en otro momento durante el año, debe comenzar un nuevo deducible bajo su nuevo plan.</p>
Coseguro	<p>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 en el monto facturado, lo que sea menor. El coseguro no comienza hasta que haya alcanzado su deducible por año calendario.</p> <p>Por ejemplo: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por equipo médico duradero obtenido de un proveedor preferido después de alcanzar su deducible de \$500 por año calendario.</p>
Si su proveedor lo exime habitualmente de su costo	<p>Si su proveedor lo exime habitualmente (no le exige que pague) de sus copagos, deducibles o coseguros correspondientes, el proveedor está indicando erróneamente la tarifa y puede estar infringiendo la ley. En este caso, cuando calculemos nuestra parte, reduciremos la tarifa del proveedor por el monto eximido.</p> <p>Por ejemplo: Si su médico normalmente cobra \$100 por un servicio, pero lo exime</p>

habitualmente de su coseguro del 30 %, el cargo real es de \$70. Pagaremos \$49 (70 % del cargo real de \$70).

Exenciones

En algunos casos, un proveedor puede pedirle que firme una “exención” antes de recibir atención. Esta exención puede indicar que usted acepta la responsabilidad por el cargo total de cualquier atención que no esté cubierta por su plan médico. Si firma dicha exención, el hecho de que sea responsable o no del cargo total depende de los contratos que el plan local tenga con sus proveedores. Si se le pide que firme este tipo de exención, tenga en cuenta que, si se le niegan los beneficios por los servicios, usted podría ser legalmente responsable de los gastos relacionados. Si desea obtener más información sobre las exenciones, comuníquese con nosotros al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Diferencias entre nuestra asignación y la factura

La “**asignación del plan**” es el monto que utilizamos para calcular nuestro pago por ciertos tipos de servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio llegan a sus asignaciones de diferentes maneras, por lo que las asignaciones varían. Para obtener información sobre cómo determinamos la asignación de nuestro plan, consulte la definición de asignación del plan en la sección 10.

A menudo, la factura del proveedor supera la asignación del plan de pago por servicio. Es posible que la factura de un proveedor exceda la asignación del plan en un monto significativo. Que tenga que 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 y no le facturarán ningún saldo que exceda nuestra asignación para servicios cubiertos. Consulte las descripciones que aparecen abajo para conocer los tipos de proveedores disponibles en este plan.

- **Preferidos:** Este tipo de proveedores tienen acuerdos con el plan local para limitar lo que facturan a nuestros afiliados. Por eso, cuando utiliza un proveedor preferido, su parte de la factura del proveedor por la atención cubierta es limitada.

Su parte consiste únicamente en su deducible, coseguro o copago. Aquí hay un ejemplo sobre coseguro: usted consulta a un médico preferido que cobra \$250, pero nuestra asignación es de \$100. Si ha alcanzado su deducible, solo es responsable de su coseguro. Es decir, paga solo el 30 % de nuestra asignación de \$100 (\$30). Conforme al acuerdo, su médico preferido no le facturará la diferencia de \$150 entre nuestra asignación y su factura.

Recuerde que debe utilizar proveedores preferidos para poder recibir beneficios.

- **Proveedores no preferidos:**
 - **Proveedor participante/centro afiliado. No hay beneficios por la atención prestada por proveedores participantes; usted paga todos los cargos.**
 - **Proveedor no participante/centro no afiliado. No hay beneficios por la atención prestada por proveedores no participantes; usted paga todos los cargos.**

Recuerde que debe utilizar proveedores preferidos para poder recibir beneficios. No hay beneficios por la atención prestada por proveedores participantes y no participantes. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones en *Qué debe hacer para obtener atención cubierta.*

También debería consultar la sección *Aviso importante sobre las facturas sorpresa: conozca sus derechos* a continuación, que describe sus protecciones contra las facturas sorpresa según la Ley Sin Sorpresas.

Aviso importante sobre las facturas sorpresa: conozca sus derechos

La Ley Sin Sorpresas (NSA) es una ley federal que le proporciona protección contra las “facturas sorpresa” y las “facturas de saldo” para servicios de emergencia fuera de la red, servicios fuera de la red que no sean de emergencia 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:

- atención de emergencia, cuando tiene poco o ningún poder de decisión sobre el centro o

proveedor del que recibe la atención;

- servicios que no son de emergencia proporcionados por proveedores no participantes con respecto a las visitas de pacientes a centros de atención médica participantes;
- servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de ambulancia aérea no participantes.

Las facturas de saldo se producen cuando recibe una factura del proveedor, centro o servicio de ambulancia aérea no participante por la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y el monto pagadero por su plan médico.

Su plan médico debe cumplir con las protecciones de la NSA que lo eximen de las facturas.

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

Sus costos para otros tipos de atención

Atención en el extranjero: Los servicios prestados fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. se consideran atención en el extranjero. Pagamos reclamos en el extranjero a los niveles de los beneficios preferidos, por lo que no se aplica el requisito de utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la sección 5(i) para obtener información específica sobre nuestros beneficios en el extranjero.

Atención en centros hospitalarios: Debe utilizar centros **preferidos** para poder recibir beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

El máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica para deducibles, coseguros y copagos

Limitamos sus gastos de bolsillo anuales por los servicios cubiertos que recibe para protegerlo de costos de atención médica inesperados. Cuando sus gastos de bolsillo elegibles alcancen este máximo de protección catastrófica, ya no tendrá que pagar los montos de costos compartidos asociados durante el resto del año calendario. Para las inscripciones Individual + 1 e Individual y familia, una vez que cualquier miembro de la familia alcance el máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica para la cobertura Individual durante el año calendario, los reclamos de ese miembro ya no estarán sujetos a los montos de costos compartidos asociados durante el resto del año. Todos los demás familiares deberán cubrir el saldo del máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica.

Nota: Ciertos tipos de gastos no cuentan para el máximo (ver a continuación).

Máximo de proveedores preferidos: En el caso de afiliaciones de cobertura Individual, el máximo de gastos de bolsillo para deducibles, coseguros y copagos elegibles es de \$9,000 cuando acude a proveedores preferidos. Para una inscripción Individual + 1 o Individual y familia, el gasto máximo de bolsillo para este tipo de gastos es de \$18,000 en servicios de proveedores preferidos. Solo los gastos elegibles para servicios de proveedores preferidos cuentan para estos límites.

Para los afiliados inscritos en el EGWP del PDP asociado a nuestro plan, estamos obligados a acumular todos los costos de bolsillo reales de los afiliados para medicamentos, servicios y suministros cubiertos por Medicare hasta los máximos para catástrofes de PSHB, a menos que se los excluya específicamente a continuación.

Si está inscrito en nuestro Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare, el gasto máximo de bolsillo para medicamentos recetados es de \$2,000. Después de alcanzar este máximo, pagamos el 100 % de todos los beneficios de medicamentos recetados cubiertos.

Los siguientes gastos no están incluidos en esta característica. Estos gastos no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica y debe continuar pagándolos incluso después de que sus gastos excedan los límites descritos arriba.

- La diferencia entre la asignación del plan y el monto facturado descrita anteriormente en esta sección.
- Gastos por servicios, medicamentos y suministros que excedan nuestras limitaciones máximas de beneficios.

- La multa de \$500 por no obtener la certificación previa y cualquier otro monto que pague porque reducimos los beneficios por no cumplir con nuestros requisitos de contención de costos.
- La multa de \$100 por no obtener la aprobación previa y cualquier otro monto que pague porque reducimos los beneficios por no cumplir con nuestros requisitos de contención de costos.
- Si existe un sustituto genérico disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, sus gastos por la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca no cuentan para su máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica (consulte la sección 5[f] para obtener información adicional).
- Gastos por atención recibida de proveedores no preferidos (proveedores profesionales participantes/no participantes o centros afiliados/no afiliados), excepto su deducible, coseguro o copagos que pague en aquellas situaciones en las que pagamos por la atención prestada por proveedores no preferidos. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones al requisito de utilizar proveedores preferidos.

Transferencia

Si cambia a este plan de PHSB durante la temporada abierta de un plan con un beneficio de protección ante catástrofes, la fecha de vigencia del cambio es el 1 de enero y los gastos cubiertos que se aplican al beneficio de protección ante catástrofes de este plan comienzan el 1 de enero.

Nota: Si cambia de plan de PSHB durante la temporada abierta, la fecha de entrada en vigencia de su nuevo plan de PSHB es el 1 de enero del año siguiente, y una nueva acumulación de protección ante catástrofes comienza el 1 de enero. Si cambia de plan en otro momento durante el año, debe comenzar una nueva acumulación de protección ante catástrofes bajo su nuevo plan.

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

Si cambia las opciones en este Plan de beneficios de servicios durante el año, acreditaremos los montos ya acumulados hacia el límite de gastos de bolsillo de protección catastrófica de su opción anterior al límite de gastos de bolsillo de protección catastrófica de su nueva opción. Si cambia de Individual a Individual + 1 o Individual y familia, o viceversa, durante el año calendario, llámenos para informarse sobre la acumulación de sus gastos de bolsillo y cómo se transfieren.

Si le pagamos de más

Haremos esfuerzos diligentes para recuperar los pagos de beneficios que hicimos por error pero de buena fe. Podemos reducir los pagos de beneficios posteriores para compensar los pagos en exceso.

Por lo general, primero buscaremos la recuperación del proveedor si le pagamos directamente o a la persona (miembro de la familia cubierto, tutor o padre, etc.) a quien enviamos nuestro pago.

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

Cuando los centros gubernamentales nos facturan

Los centros del Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa y el Servicio de Salud Indígena tienen derecho a solicitarnos un reembolso por ciertos servicios y suministros que le presten a usted o a un miembro de su familia. No pueden solicitar más de lo que permite la legislación vigente. Es posible que usted sea responsable de pagar ciertos servicios y cargos. Comuníquese directamente con el centro gubernamental para obtener más información.

Sección 5: Beneficios de FEP Blue Focus

Consulte cerca del final del folleto un resumen de los beneficios de este plan. La sección 5 proporciona una descripción general de FEP Blue Focus.

Sección 5: Descripción general de FEP Blue Focus.....	35
Sección 5(a): Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica	36
Servicios de diagnóstico y tratamiento.....	37
Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico.....	38
Atención preventiva, adultos.....	39
Atención preventiva, niños.....	41
Atención por maternidad.....	43
Planificación familiar.....	44
Servicios reproductivos.....	45
Atención de alergias.....	46
Terapias de tratamiento.....	47
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva.....	48
Servicios de audición.....	48
Servicios oftalmológicos (pruebas, tratamiento y suministros).....	49
Cuidado de los pies.....	50
Dispositivos ortopédicos y protésicos.....	50
Equipo médico duradero (DME).....	51
Suministros médicos.....	52
Servicios de atención médica a domicilio.....	52
Tratamientos alternativos/manipulativos.....	53
Clases y programas educativos.....	53
Sección 5(b): Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica..	54
Procedimientos quirúrgicos.....	55
Cirugía reconstructiva.....	56
Cirugía bucal y maxilofacial.....	58
Trasplantes de órganos/tejidos.....	59
Anestesia.....	63
Sección 5(c): Servicios proporcionados por un hospital u otro centro, y servicios de ambulancia.....	64
Servicios para pacientes hospitalizados.....	65
Maternidad: centro.....	66
Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria.....	68
Centro de tratamiento residencial.....	71
Beneficios de atención extendida/beneficios de centros de atención de enfermería especializada.....	72
Cuidados paliativos.....	72
Ambulancia.....	75
Sección 5(d): Servicios de emergencia/accidentes.....	76
Lesión accidental.....	77
Emergencia médica.....	78
Ambulancia.....	79
Sección 5(e): Beneficios para la salud mental y en caso de trastornos por consumo de sustancias.....	80
Servicios profesionales.....	80
Hospital u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados.....	82
Centro de tratamiento residencial.....	82
Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios.....	82
Sección 5(f): Beneficios de medicamentos recetados.....	84
Medicamentos y suministros cubiertos.....	88

Sección 5(f)(a): Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP 90
 Medicamentos y suministros cubiertos 94
 Sección 5(g): Beneficios dentales 101
 Beneficio por lesiones accidentales 101
 Atención en un centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios 102
 Sección 5(h): Bienestar y otros servicios especiales 103
 Health Tools 103
 Servicios para personas sordas y con problemas de audición 103
 Accesibilidad web para personas con problemas de visión 103
 Beneficios de viaje/servicios en el extranjero 103
 Healthy Families 103
 Evaluación de salud de Blue 103
 Programa de Control de la Hipertensión 103
 Servicio electrónico de atención al cliente MyBlue® 104
 Buscador nacional de médicos y hospitales 104
 Programas de administración de la atención 104
 Opción de beneficios flexibles 105
 Servicios de telesalud 105
 Programa de Incentivos Físicos Anuales de Rutina 106
 Aplicación móvil feplblue 106
 Sección 5(i): Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero 107
 Beneficios fuera de PSHB disponibles para los afiliados del plan 110

Sección 5: Descripción general de FEP Blue Focus

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

Lea *Aspectos importantes que debe tener en cuenta* al principio de las subsecciones. Lea también las exclusiones generales en la sección 6; se aplican a los beneficios de las siguientes subsecciones. Para obtener formularios de reclamo, asesoramiento sobre la presentación de reclamos o más información sobre los beneficios de FEP Blue Focus, comuníquese con nosotros al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Le hemos proporcionado una nueva forma de considerar los beneficios que tiene disponibles bajo FEP Blue Focus a fin de que determine si este producto será una buena opción para usted y su familia. Hemos dividido los beneficios de FEP Blue Focus en tres categorías básicas: CORE, NON-CORE y WRAP. La siguiente información describe la parte que usted paga, según los beneficios que utiliza. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones mencionadas este folleto. Nota: Para obtener más información sobre los servicios recibidos en el extranjero, consulte la sección 5(i).

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

Los beneficios “**NON-CORE**” proporcionan cobertura para cualquier costo médico inesperado en el que pueda incurrir durante el año calendario. Estos beneficios comparten el mismo deducible anual y el mismo nivel de coseguro (consulte *Costos compartidos anuales* abajo). Cuando se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica, pagamos el 100 % de la asignación del plan por el resto del año calendario (consulte la sección 4 para obtener más información). Por ejemplo, después de sus primeras 10 visitas (atención primaria, especialista u otro proveedor de atención médica), tendrá que cubrir un deducible de \$500 y, luego, pagará el 30 % de la asignación del plan por la visita. Es posible que necesite o no utilizar estos beneficios durante el año.

Los beneficios “**WRAP**” proporcionan la capa final de protección y completan o concluyen el paquete de beneficios FEP Blue Focus. Estos son beneficios que puede que necesite o no utilizar durante el año. Estos beneficios tienen limitaciones de visitas o copagos o niveles de coseguro diferentes a los niveles de los beneficios CORE o NON-CORE. El deducible por año calendario no se aplica a estos beneficios.

Además de las exclusiones generales que se encuentran en la sección 6, este programa no proporciona beneficios para algunos servicios que están cubiertos por las opciones estándar o básica del Plan de beneficios de servicios. Un ejemplo de servicios excluidos bajo FEP Blue Focus es la cobertura de atención dental de rutina.

Debe utilizar proveedores preferidos para que su atención sea elegible para recibir beneficios, excepto en determinadas circunstancias, como servicios de emergencia médica o lesiones accidentales. Los proveedores preferidos nos presentarán reclamos en su nombre.

Sección 5(a): Servicios y suministros médicos ofrecidos por médicos y otros profesionales de la salud

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todas los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que figuran en este folleto y solo se pagan cuando se considera que son médicamente necesarios.
- Consulte la sección 3, *Cómo obtener atención médica*, para ver información sobre los proveedores profesionales cubiertos y otros profesionales de la salud.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Consulte también la sección 9 para informarse sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- El pago se basa en si un centro o un profesional de la salud factura los servicios o suministros. Encontrará que algunos beneficios se enumeran en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la manera de pagarles depende del tipo de proveedor o centro que facture el servicio.
- Los servicios incluidos en esta sección corresponden a los gastos facturados por un médico u otro profesional de la salud por su tratamiento médico. Consulte la sección 5(c) para conocer los cargos asociados con el centro (es decir, hospital u otro centro para pacientes ambulatorios, etc.).
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en la vida por categoría terapéutica de medicamentos cuando se obtienen de un proveedor cubierto que no sea una farmacia según el beneficio de la farmacia. A partir de entonces, deberá utilizar una farmacia preferida. Esta limitación de beneficios no se aplica si su cobertura principal es Medicare Parte B o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el suministro de medicamentos especializados del nivel 2 en una farmacia preferida. Los medicamentos restringidos bajo este beneficio están disponibles en nuestra lista de medicamentos especializados de FEP Blue Focus. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- Los deducibles por año calendario: \$500 por persona (\$1,000 por inscripción Individual + 1 e Individual y familia). Indicamos si aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulte abajo y la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.
- Proporcionamos beneficios a los niveles de los beneficios preferidos para servicios proporcionados en centros preferidos por radiólogos, anesthesiólogos, enfermeros anestesistas registrados certificados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de sala de emergencias y cirujanos asistentes no preferidos (incluidos los cirujanos asistentes en el consultorio de un médico). Usted puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulte la información sobre la NSA en la sección 4 para saber cuándo no es responsable de esta diferencia.
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros preferidos (PPO).
- Hay un copago de visita de \$10 por cada una de las primeras 10 visitas a un proveedor profesional por año calendario. Esto se aplica a un total combinado de visitas médicas, de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias.
- **Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día**, usted es responsable de pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico. Esto incluye el costo compartido aplicable para procedimientos de diagnóstico, como servicios de inyección, laboratorio y radiografías.
- Está disponible un premio de incentivo para aquellos miembros (miembro o cónyuge mayor de 18 años) que reciban un examen físico de rutina anual en 2025. Consulte la sección 5(h) para obtener más información.

Beneficios de atención preventiva: A continuación, se detallan algunos de los aspectos que debe tener en cuenta:

- La atención preventiva se refiere a servicios médicos, consejería y exámenes de detección relacionados con la prevención de enfermedades y problemas relacionados con la salud, en lugar de curar enfermedades o tratar sus síntomas.
- Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios preventivos sin costo compartido; consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Descripción de beneficios	Usted paga
Nota: Indicamos si aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.	
Servicios de diagnóstico y tratamiento	FEP Blue Focus
<p>Servicios profesionales ambulatorios de médicos y otros profesionales de atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas. • Asesoramiento genético. • Segundas opiniones sobre cirugía. • Visitas a la clínica. • Visitas en el consultorio. • Visitas a domicilio. • Examen médico de un recién nacido que necesite tratamiento permanente cuando esté cubierto por una afiliación del tipo Individual + 1 o Individual y familia. • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la sección 5(f) para ver la cobertura de medicamentos con receta) • Consultas telefónicas y servicios de evaluación y administración médica en línea (telemedicina). <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de estos servicios cuando los factura un centro, como el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.</p>	<p>Proveedor preferido: \$10 de copago (sin deducible) por visita hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas de la sección 5[e]).</p> <p>Proveedor preferido, visitas después de la 10.^a visita: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p>Servicios profesionales de telesalud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones menores • Atención dermatológica <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección 5(h), <i>Bienestar y otros servicios especiales</i>, para obtener información sobre la prestación de servicios de telesalud y cómo acceder a un proveedor. • Los copagos no se aplican a los afiliados que tienen Medicare Parte B como pagador principal. 	<p>Proveedor de telesalud preferido: no corresponde (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Servicios profesionales para pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante una hospitalización cubierta. • Servicios para procedimientos no quirúrgicos cuando un médico los solicita, presta y factura durante una hospitalización cubierta. • Atención del médico que lo atiende (el médico que es el principal responsable de sus cuidados cuando está hospitalizado) en los días en que pagamos prestaciones hospitalarias. <p>Nota: Un médico de consulta contratado por el hospital no es el médico tratante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas cuando lo solicite el médico tratante • Consejería nutricional cuando lo factura un proveedor cubierto. • Atención simultánea: atención hospitalaria por parte de un médico que no sea el médico tratante por una afección no relacionada con su diagnóstico principal o porque la complejidad médica de su afección requiere esta atención médica adicional. • Fisioterapia administrada por un médico distinto del médico tratante. • Examen médico de un recién nacido que necesite tratamiento permanente cuando esté cubierto por una afiliación del tipo Individual + 1 o Individual y familia. 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Servicios de diagnóstico y tratamiento (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la sección 5[c] para conocer nuestra cobertura de los medicamentos que recibe mientras está en el hospital). Segunda opinión sobre cirugía. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de rutina, excepto aquellos servicios de atención preventiva que se describen más adelante en esta sección. Gastos relacionados con habilitar o mantener las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores, telecomunicaciones no interactivas (como el correo electrónico) o servicios de telesalud asíncronos de almacenamiento y transmisión. Enfermería privada. Médicos de guardia. Consultas radiológicas y al personal de rutina requeridas por las normas y los reglamentos del centro. Atención médica a pacientes hospitalizados cuando su hospitalización o parte de una hospitalización no esté cubierta (consulte la sección 5[c]). <p><i>Nota: Si consideramos que una hospitalización no está cubierta, no cubriremos los gastos de alojamiento y manutención ni los gastos médicos en régimen de hospitalización. Sin embargo, prestaremos los beneficios por servicios o suministros (que no sean alojamiento y comida) y atención médica durante la hospitalización cubiertos al nivel que habríamos pagado si se hubieran prestado en otro entorno.</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico</p> <p>Pruebas de diagnóstico, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> pruebas de laboratorio (como análisis de sangre y análisis de orina); servicios de patología; EKG; monitorización cardiovascular; EEG; pruebas neurológicas; ecografías; radiografías (incluida la instalación de equipos de radiografías portátiles); pruebas de densidad ósea; tomografías computarizadas*/MRI*/PET*; angiografías; pruebas genéticas*; medicina nuclear; estudios del sueño. <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro, como el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>* Se requiere aprobación previa.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Nota: \$0 de costo compartido para miembros por las primeras 10 pruebas de laboratorio realizadas en cada una de estas diferentes categorías de pruebas de laboratorio (paneles metabólicos básicos, exámenes de detección de colesterol, hemogramas completos, perfiles de lipoproteínas en ayunas, paneles de salud general, análisis de orina) y 10 venopunciones cuando no estén asociadas con la atención preventiva de maternidad o lesiones accidentales.</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laboratorios o radiólogos participantes: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). Laboratorios o radiólogos no participantes: 30 % de la asignación del plan, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (se aplica el deducible).

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Atención preventiva, adultos</p> <p>Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva para adultos de 22 años o más.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre prevención y reducción de riesgos para la salud. • Consejería nutricional. <p>Nota: Cuando la consejería nutricional se realiza a través de la red de proveedores de telesalud contratada, proporcionamos beneficios como se muestra aquí para los proveedores preferidos. Consulte la Sección 5(h), <i>Bienestar y otros servicios especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas/exámenes para atención preventiva. <p>Nota: Consulte la definición de atención preventiva para adultos para conocer los servicios de detección médica incluidos.</p> <p>Los beneficios de atención preventiva para cada uno de los servicios enumerados abajo se limitan a uno por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración e interpretación de un cuestionario de evaluación de riesgos para la salud (HRA). (Consulte <i>Definiciones</i>). <p>Nota: Como miembro de FEP Blue Focus, tiene acceso al cuestionario HRA de Blue Cross and Blue Shield, llamado cuestionario Blue Health Assessment. Consulte la sección 5(h) para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de panel metabólico básica o integral. • CBC. • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino: <ul style="list-style-type: none"> - pruebas del virus del papiloma humano (VPH) del cuello uterino; - pruebas de Papanicolaou del cuello uterino. • Pruebas de cáncer colorrectal, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - colonoscopia con o sin biopsia (consulte la sección 5[b] para conocer nuestros niveles de pago para colonoscopias de diagnóstico); - colonografía por TC; - análisis de ADN de muestras de heces; - enema de bario de doble contraste; - prueba de sangre oculta en heces; - sigmoidoscopia. • Perfil de lipoproteínas en ayunas (colesterol total, LDL, HDL o triglicéridos). • Panel de salud general. • Pruebas de cáncer de próstata: prueba del antígeno prostático específico (PSA). • Detección de infección por clamidia. • Detección de diabetes mellitus. • Detección de infección por gonorrea. • Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). • Mamografías de detección, incluida la mamografía mediante tecnología digital. • Ecografías para aneurisma aórtico abdominal para adultos de 65 a 75 años, limitada a un examen de detección por vida. 	<p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios o radiólogos participantes: nada (sin deducible). • Laboratorios o radiólogos no participantes: la diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible). <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago para las pruebas de detección de cáncer cubiertas y las ecografías para la detección de aneurisma aórtico abdominal facturadas por centros afiliados o no afiliados y realizadas en régimen ambulatorio.</p> <p>Nota: Para los servicios facturados por proveedores no preferidos (participantes/no participantes) relacionados con las vacunas contra la influenza, pagamos la asignación del plan. Si recibe la vacuna contra la influenza (gripe) de un proveedor no participante, pagará cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible).</p>

Atención preventiva, adultos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Atención preventiva, adultos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Análisis de orina. <p>Los siguientes servicios preventivos están cubiertos en el intervalo de tiempo recomendado en cada uno de los enlaces abajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacunas para adultos aprobadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con base en el calendario del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), como COVID-19, neumococo, gripe, herpes zóster, tétanos/Tdap y virus del papiloma humano (VPH). Para obtener una lista completa de vacunas, visite el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html. Nota: La licencia de la FDA de los EE. UU. puede restringir el uso de las inmunizaciones y vacunas enumeradas arriba a ciertos rangos de edad, frecuencias u otras indicaciones específicas del paciente, incluido el género. Exámenes de detección A y B recomendados por el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF), como cáncer, osteoporosis, depresión e hipertensión arterial. Para obtener una lista completa de los exámenes de detección A y B recomendados que están cubiertos y conocer las limitaciones de edad y frecuencia, visite el sitio web https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations. Atención de la mujer sana, como medicamentos profilácticos contra la gonorrea para proteger a los recién nacidos, consejería anual sobre 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 de Well Women, 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>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagamos beneficios de atención preventiva en el primer reclamo que procesamos para cada una de las pruebas de arriba que reciba en el año calendario. Los criterios ordinarios de cobertura y los niveles de prestación se aplican a los reclamos posteriores para esos tipos de pruebas si se realizan en el mismo año. Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor el mismo día, usted es responsable de pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico. Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicios de radiografías realizados junto con un examen de rutina no incluido en la lista de servicios preventivos recomendados estará sujeto a los copagos, coseguros y deducibles aplicables del miembro. A menos que se indique lo contrario, los beneficios descritos en <i>Atención preventiva, adultos</i> no se aplican a personas de 21 años o menos. (Consulte los beneficios en <i>Atención preventiva, niños</i>, en esta sección). Consulte la sección 5(b) para conocer los beneficios disponibles para la extirpación quirúrgica de mama, ovarios o próstata cuando el examen de detección revela una mutación BRCA; los beneficios de atención preventiva no están disponibles. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laboratorios o radiólogos participantes: nada (sin deducible). Laboratorios o radiólogos no participantes: la diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible). <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago para las pruebas de detección de cáncer cubiertas y las ecografías para la detección de aneurisma aórtico abdominal facturadas por centros afiliados o no afiliados y realizadas en régimen ambulatorio.</p> <p>Nota: Para los servicios facturados por proveedores no preferidos (participantes/no participantes) relacionados con las vacunas contra la influenza, pagamos la asignación del plan. Si recibe la vacuna contra la influenza (gripe) de un proveedor no participante, pagará cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible).</p>
<p>La orientación sobre la obesidad, los exámenes y la derivación a una terapia intensiva de nutrición y conductual para perder peso y la orientación según las recomendaciones A y B del USPSTF están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera:</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Atención preventiva, adultos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Atención preventiva, adultos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación nutricional ilimitada, incluida la orientación nutricional a través de la red de proveedores de telesalud contratada. • Consultas ilimitadas para orientación sobre prevención y reducción de riesgos para la salud. • Consultas ilimitadas para orientación conductual individual y de grupo para la obesidad. • Programas ilimitados centrados en la familia cuando un proveedor de la red haya determinado, mediante evaluación médica, que respaldan la prevención y el control de la obesidad. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay beneficios para medicamentos de tratamiento de la obesidad. Consulte las secciones 5(f) o 5(f)(a). • Consulte la sección 5(b) para obtener información relativa a los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluaciones autoadministradas de riesgos para la salud (distintas de Blue Health Assessment).</i> • <i>Servicios de detección solicitados exclusivamente por el miembro, tales como escáneres cardíacos, corporales y pruebas realizadas en vehículos ambulantes, anunciados comercialmente.</i> • <i>Exámenes físicos necesarios para obtener o continuar con un empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, rendir exámenes deportivos o viajar.</i> • <i>Vacunas, refuerzos y medicamentos para viajes o exposición relacionada con el trabajo. Es posible que haya beneficios médicos disponibles para estos servicios.</i> • <i>Consultas telefónicas y servicios de evaluación y gestión médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto lo indicado anteriormente para consejería nutricional.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Atención preventiva, niños</p> <p>Se proporcionan beneficios para servicios de atención preventiva para niños de hasta 22 años. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de bienestar infantil, exámenes y otros servicios preventivos según se describe en las Directrices Bright Future proporcionadas por la Academia Estadounidense de Pediatría. Para obtener una lista completa de las Directrices Bright Future de la Academia Estadounidense de Pediatría, visite https://brightfutures.aap.org. • Vacunas para niños aprobadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), incluidas DTaP/Tdap, polio, sarampión, paperas y rubéola (MMR), y varicela. Para obtener una lista completa de las vacunas, visite el sitio web https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html Nota: La licencia de la FDA de los EE. UU. puede restringir el uso de ciertas vacunas a rangos de edad, frecuencias u otras indicaciones específicas del paciente, incluido el género. • También puede encontrar una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendados en las recomendaciones A y B del Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF) en línea en https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations. • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visite https://health.gov/myhealthfinder • Orientación nutricional. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos. Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios o radiólogos participantes: nada (sin deducible). • Laboratorios o radiólogos no participantes: la diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible).

Atención preventiva, niños: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Atención preventiva, niños (cont.)</p> <p>Nota: Los beneficios de atención preventiva para cada uno de los servicios enumerados abajo se limitan a uno por año calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de hepatitis B para niños de 13 años o más. • Detección de infección por clamidia. • Detección de infección por gonorrea. • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino: <ul style="list-style-type: none"> - pruebas del virus del papiloma humano (VPH) del cuello uterino; - pruebas de Papanicolaou del cuello uterino. • Detección de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). • Detección de la infección por sífilis. • Detección de la infección tuberculosa latente en niños de 18 a 21 años. <p>Nota: Si su hijo recibe el mismo día servicios preventivos y de diagnóstico de un proveedor preferido, usted es responsable de pagar el costo compartido de los servicios de diagnóstico.</p> <p>Nota: Cuando el tratamiento nutricional se realiza a través de la red de proveedores de telesalud contratada, prestamos los beneficios que se indican a continuación para los proveedores preferidos. Consulte la Sección 5(h), <i>Bienestar y otros servicios especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud.</p> <p>Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicios de radiografías realizados junto con un examen de rutina y no incluido en la lista de servicios preventivos estará sujeto a los copagos, coseguros y deducibles aplicables del miembro.</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los servicios facturados por proveedores no preferidos (participantes/no participantes) relacionados con las vacunas contra la influenza, pagamos la asignación del plan. Si recibe la vacuna contra la influenza (gripe) de un proveedor no participante, pagará cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible). • Cuando los factura un centro, como el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, proporcionamos beneficios como se muestra aquí, de acuerdo con el estado contractual del centro.
<p>La orientación sobre la obesidad, los exámenes y la derivación a una terapia intensiva de nutrición y conductual para perder peso, así como la orientación según las recomendaciones A y B del USPSTF, están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación nutricional ilimitada, incluida la orientación nutricional a través de la red de proveedores de telesalud contratada. • Consultas ilimitadas para orientación sobre prevención y reducción de riesgos para la salud. • Consultas ilimitadas para orientación conductual individual y de grupo para la obesidad. • Para aquellos niños o adolescentes con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior al percentil 85, programas ilimitados centrados en la familia cuando un proveedor de la red haya determinado, mediante evaluación médica, que respaldan la prevención y el control de la obesidad. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay beneficios para medicamentos de tratamiento de la obesidad. Consulte las secciones 5(f) o 5(f)(a). • Consulte la sección 5(b) para obtener información relativa a los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave. 	<p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluaciones autoadministradas de riesgos para la salud (distintas de Blue Health Assessment).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Atención preventiva, niños: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Atención preventiva, niños (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de detección solicitados exclusivamente por el miembro, tales como escáneres cardíacos, corporales y pruebas realizadas en vehículos ambulantes, anunciados comercialmente.</i> • <i>Exámenes físicos necesarios para obtener o continuar con un empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, rendir exámenes deportivos o viajar.</i> • <i>Vacunas, refuerzos y medicamentos para viajes o exposición relacionada con el trabajo. Es posible que haya beneficios médicos disponibles para estos servicios.</i> • <i>Consultas telefónicas y servicios de evaluación y administración médica en línea (telemedicina) para servicios preventivos, excepto lo señalado arriba para el asesoramiento nutricional.</i> 	<p>FEP Blue Focus</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Atención por maternidad</p> <p>Le recomendamos que nos notifique de su embarazo durante el primer trimestre; consulte la sección 3.</p> <p>Atención por maternidad (obstétrica), incluidas afecciones relacionadas que resultan en parto o aborto espontáneo, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal y posparto (incluidas ecografías, pruebas de laboratorio y de diagnóstico). Nota: Cubrimos hasta 8 visitas por año en total para tratar la depresión asociada con el embarazo (es decir, depresión durante el embarazo, depresión posparto o ambas) cuando utiliza un proveedor preferido. Consulte la sección 5(e) para conocer nuestra cobertura y beneficios para servicios de salud mental adicionales. • Parto. • Cirujanos asistentes/asistencia quirúrgica en caso necesario debido a la complejidad del parto. • Anestesia (incluida la acupuntura) cuando la solicite el médico a cargo y la realice un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA) o un médico que no sea el médico que opera (cirujano) ni el asistente. • Terapia tocolítica y servicios relacionados cuando se prestan como paciente hospitalizado durante una admisión hospitalaria cubierta o durante una estancia de observación cubierta. • Formación sobre lactancia materna y orientación individual sobre lactancia materna por parte de proveedores de atención médica, como médicos, asistentes médicos, parteras, profesionales de enfermería/especialistas clínicos y especialistas en lactancia Nota: Consulte abajo nuestra cobertura de kits de extractores de leche. • Visitas de enfermería a domicilio (especializada), sujetas a la limitación de visitas que se establece más adelante en esta sección. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte anteriormente en esta sección nuestra cobertura de consejería nutricional. • Los beneficios de atención por maternidad no se proporcionan para los medicamentos con receta necesarios durante el embarazo, excepto según lo recomendado por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio. Consulte la sección 5(f) para conocer otra cobertura de medicamentos con receta. <p>Aquí hay algunas cosas que debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No es necesario que certifique previamente su parto; consulte la sección 3 para conocer otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su bebé recién nacido. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible). Nota: Para la atención en un centro preferido relacionada con la maternidad, incluida la atención en un centro de parto preferido, su responsabilidad por la atención en un centro cubierto se limita a \$1,500 por embarazo. Consulte la sección 5(c).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos. Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios o radiólogos participantes: nada (sin deducible). • Laboratorios o radiólogos no participantes: la diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible).

Atención de maternidad: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Atención por maternidad (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Cubriremos una estancia prolongada si es médicamente necesario. • Cubriremos la atención neonatal de rutina del recién nacido cuando se brinda durante la parte cubierta de la estancia por maternidad de la madre y el centro es el que la factura. Cubrimos otros servicios de atención de un recién nacido que requiere servicios profesionales o tratamientos que no son de rutina solo si el recién nacido tiene cobertura en virtud de una inscripción del tipo Individual + 1 o Individual y familia. Los beneficios quirúrgicos se aplican a la circuncisión cuando la factura un proveedor profesional para un recién nacido varón. • Los servicios hospitalarios se enumeran en la sección 5(c) y los beneficios quirúrgicos se encuentran en la sección 5(b). • Consulte la sección 10 para conocer nuestra asignación para estancias de pacientes hospitalizados como resultado de un parto de emergencia en un hospital u otro centro no contratado con su plan local. • Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de la estancia hospitalaria de la madre, el recién nacido se considera un paciente por derecho propio. Se aplican beneficios médicos o quirúrgicos regulares en lugar de beneficios de maternidad. • Consulte la sección 5(b) para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>Nota: Para la atención en un centro preferido relacionada con la maternidad, incluida la atención en un centro de parto preferido, su responsabilidad por la atención en un centro cubierto se limita a \$1,500 por embarazo. Consulte la sección 5(c).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios o radiólogos participantes: nada (sin deducible). • Laboratorios o radiólogos no participantes: la diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible).
<ul style="list-style-type: none"> • Extractor de leche limitado a uno por año calendario para las miembros que están embarazadas o amamantando. • Monitor de presión, limitado a uno cada dos años. <p>Nota: Los beneficios para el extractor de leche, las bolsas de almacenamiento de leche y los monitores de presión solo están disponibles cuando los solicita a través de nuestro proveedor de cumplimiento visitando www.fepblue.org/maternity o llamando al 1-800-411-2583. Se incluirán bolsas de almacenamiento de leche con su extractor de leche.</p>	<p>Nada</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estaría en peligro si el feto llegara a término o cuando el embarazo sea el resultado de un acto de violación o incesto.</i> • <i>Preparación para el parto, Lamaze y otras clases para el parto y la crianza de los hijos.</i> • <i>Extractores de leche y bolsas de almacenamiento de leche, excepto lo descrito anteriormente.</i> • <i>Suministros para la lactancia distintos de los contenidos en el kit del extractor de leche descrito anteriormente, incluida ropa (por ejemplo, sujetadores para amamantar), biberones o artículos para comodidad o conveniencia personal (por ejemplo, almohadillas de lactancia).</i> • <i>Terapia tocolítica y servicios relacionados, excepto lo descrito anteriormente.</i> • <i>Atención por maternidad para las miembros no inscritas en el Plan de beneficios de servicios.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Planificación familiar</p>	<p>FEP Blue Focus</p>
<p>Una gama de servicios voluntarios de planificación familiar, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre anticoncepción. • Diafragmas y anillos anticonceptivos. • Anticonceptivos inyectables. • Dispositivos intrauterinos (DIU). • Anticonceptivos implantables. • Salpingectomía. 	<p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Planificación familiar: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Planificación familiar (cont.)</p>	<p>FEP Blue Focus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de ligadura de trompas u oclusión/bloqueo de trompas únicamente. • Vasectomía. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • También proporcionamos beneficios para servicios profesionales asociados con los procedimientos de ligadura/oclusión/bloqueo de trompas y la vasectomía, y con la colocación, inserción o extracción de los anticonceptivos como se muestra en la página anterior, incluida orientación y cuidados de seguimiento en los niveles de pago que se indican aquí. El beneficio anticonceptivo incluye al menos una opción de cada una de las categorías de anticoncepción respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) (así como los exámenes de detección, la educación y la atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier cirugía de esterilización voluntaria que no esté ya disponible sin costos compartidos a través del proceso de excepciones anticonceptivas. Simplemente visite el sitio web www.fepblue.org, escriba “family planning” (planificación familiar) y busque el formulario de excepción en nuestros servicios de planificación familiar voluntaria. También puede llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y solicitar un formulario. Si tiene dificultades para acceder a la cobertura de medicamentos anticonceptivos o a otros servicios de salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov. • Cuando los factura un centro, como el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, proporcionamos beneficios como se muestra aquí, de acuerdo con el estado contractual del centro. • Consulte la cobertura adicional de planificación familiar y medicamentos recetados en las sección 5(f) o 5(f)(a). 	<p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales y transdérmicos. <p>Nota: Lo eximimos de su costo compartido por anticonceptivos orales y transdérmicos genéricos cuando los compra en una farmacia minorista preferida; consulte la sección 5(f).</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de la esterilización quirúrgica voluntaria.</i> • <i>Productos anticonceptivos no descritos arriba.</i> • <i>Anticonceptivos de venta libre (OTC), excepto los descritos en la sección 5(f).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Servicios reproductivos</p>	<p>FEP Blue Focus</p>
<p>Los miembros que cumplen con nuestra definición de infertilidad en la sección 10 son elegibles para los siguientes servicios reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inseminación artificial (IA): <ul style="list-style-type: none"> - inseminación intracervical (ICI); - inseminación intrauterina (IIU); - inseminación intravaginal (IVI). <p>Nota: También proporcionamos los beneficios que se ven aquí cuando estos servicios los factura un centro para pacientes ambulatorios. Consulte las secciones 5(f) o 5(f)(a), <i>Beneficios de medicamentos recetados</i>, para conocer sus costos compartidos asociados con los medicamentos para los procedimientos de IA cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos un año de almacenamiento de esperma y óvulos, incluidos los procedimientos de obtención, solo para personas que enfrentan infertilidad iatrogénica, una vez en la vida. También prestamos los beneficios que se ven aquí cuando los factura un centro. Consulte la sección 3 para conocer los requisitos de aprobación previa. Consulte la sección 10 para conocer nuestra definición de infertilidad iatrogénica. 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Servicios reproductivos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
Servicios reproductivos (cont.)	FEP Blue Focus
<p>Nota: Consulte otras secciones de este folleto para conocer los beneficios asociados con otros servicios realizados para diagnosticar y tratar la causa de la infertilidad.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura: Los servicios que se enumeran abajo no están cubiertos como tratamientos para la infertilidad ni como alternativas a la concepción convencional:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tecnología de reproducción asistida (ART), que incluye, entre otros:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>fecundación in vitro (FIV);</i> - <i>transferencia de embriones y transferencia intratubárica de gametos (GIFT) y transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT).</i> • <i>Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).</i> • <i>Servicios, procedimientos o suministros relacionados con ART y procedimientos de inseminación asistida, excepto lo descrito arriba.</i> • <i>Crioconservación o almacenamiento de esperma (bancos de esperma), óvulos o embriones, excepto como se describe arriba.</i> • <i>Diagnóstico, pruebas o pruebas de detección previas a la implantación, incluidas las pruebas o pruebas de detección de óvulos, espermatozoides o embriones.</i> • <i>Medicamentos utilizados junto con ART y procedimientos de inseminación asistida, excepto como se describe arriba y en la sección 5(f) Beneficios de medicamentos recetados.</i> • <i>Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a personas no inscritas en este plan, incluidos los sustitutos.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Atención de alergias	FEP Blue Focus
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de alergias. • Tratamiento de alergias. • Inyecciones para las alergias. • Medicamentos sublinguales para desensibilizar las alergias autorizados por la FDA de los EE. UU. • Preparación de cada vial multidosis de antígeno. • Agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Cuando la atención la proporciona un laboratorio o radiólogo no preferido, como se establece en la sección 3 para una excepción, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios o radiólogos participantes: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). • Laboratorios o radiólogos no participantes: 30 % de la asignación del plan, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (se aplica el deducible).
<i>Sin cobertura: Pruebas de alimentos provocativos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Terapias de tratamiento</p> <p>Terapias de tratamiento ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y radioterapia. <p>Nota: Cubrimos quimioterapia o radioterapia de dosis alta en relación con trasplantes de médula ósea, y medicamentos para estimular o movilizar células madre para procedimientos de trasplante solo para aquellas afecciones enumeradas como cubiertas en <i>Trasplantes de órganos/tejidos</i> en la sección 5(b). Consulte también <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios</i> en la sección 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia con haz de protones*, radiocirugía estereotáxica* y radioterapia corporal estereotáxica*. • Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal. • Terapia intravenosa (IV)/infusión: terapia intravenosa o de infusión en el hogar. <p>Nota: Las visitas de enfermería a domicilio (especializadas) asociadas con la terapia de infusión/IV a domicilio están cubiertas como se muestra en <i>Servicios de atención médica 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 de conducta aplicado (ABA)* para el tratamiento de un trastorno del espectro autista limitado a 200 horas por persona, por año calendario (consulte los requisitos de aprobación previa en la sección 3). • Medicamentos de infusión autoinmunes: Remicade, Renflexis o Inflectra. • Agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por terapias de tratamiento facturadas por el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital. <p>*Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Terapias de tratamiento para pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y radioterapia. <p>Nota: Cubrimos quimioterapia o radioterapia de dosis alta en relación con trasplantes de médula ósea, y medicamentos para estimular o movilizar células madre para procedimientos de trasplante, solo para aquellas afecciones enumeradas como cubiertas en <i>Trasplantes de órganos/tejidos</i> en la sección 5 (b). Consulte también <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para determinados 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 de conducta aplicado (ABA)* para el tratamiento de un trastorno del espectro autista. <p>*Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva</p> <p>Terapias de tratamiento ambulatorio, sujetas a límites de visitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: <ul style="list-style-type: none"> Los beneficios están limitados a 25 visitas por persona, por año calendario, para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres, independientemente del proveedor o centro que facture los servicios. Terapia de rehabilitación cognitiva, limitada a 25 visitas por año calendario, independientemente del proveedor que facture el servicio 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención. Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por terapias de rehabilitación facturadas por el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia recreativa o educativa y cualquier prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital como parte de una estancia hospitalaria cubierta. Terapia de rehabilitación de mantenimiento o paliativa. Programas de ejercicio. Hipoterapia/equinoterapia. Terapia de masajes. 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Visitas relacionadas con los servicios de audición cubiertos que se enumeran abajo.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: copago de \$10 (sin deducible) por visita hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas de la sección 5[a]).</p> <p>Proveedor preferido, visitas después de la 10.^a visita: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p>Pruebas de audición relacionadas con enfermedades o lesiones.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de audición de rutina. Audífonos, incluidos audífonos osteointegrados, accesorios o suministros (incluidos controles remotos y paquetes de garantía) y todos los servicios asociados. Exámenes de audífonos. 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
Servicios oftalmológicos (pruebas, tratamiento y suministros)	FEP Blue Focus
<p>Exámenes de la vista o visitas relacionadas con una afección médica específica.</p>	<p>Preferido: copago de \$10 (sin deducible) por visita hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas descritas al principio de esta sección). Proveedor preferido, visitas después de la 10.^a visita: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos. Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y tratamiento, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento no quirúrgico para ambliopía y estrabismo, para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. • Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico realizadas o solicitadas por su proveedor. 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Refracción, solo cuando la refracción se realiza para determinar la prescripción de un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto proporcionados por incidente, como se describe abajo. <p>Nota: Consulte la Sección 5(b), <i>Procedimientos quirúrgicos</i>, para conocer la cobertura del tratamiento quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Los beneficios se limitan a un par de anteojos, lentes de repuesto o lentes de contacto por incidente recetado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para corregir un impedimento causado directamente por un solo caso de lesión ocular accidental o cirugía intraocular; • si la afección se puede corregir mediante cirugía, pero la cirugía no es una opción adecuada debido a la edad o la afección médica; • para el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anteojos, lentes de contacto, exámenes de la vista de rutina o pruebas de la vista para la prescripción o adaptación de anteojos o lentes de contacto, excepto lo descrito arriba.</i> • <i>Monturas de anteojos de lujo o componentes de lentes para anteojos o lentes de contacto, como recubrimiento especial, polarización, tratamiento UV, etc.</i> • <i>Lentes multifocales, acomodativas, tóricas u otras lentes intraoculares (LIO) de alta calidad, como Crystalens, ReStor y ReZoom.</i> • <i>Ejercicios oculares, entrenamiento visual u ortópticos, excepto para el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, como se describe arriba.</i> • <i>LASIK, INTACS, queratotomía radial y otros servicios de cirugía refractiva.</i> • <i>Refracciones, incluidas las realizadas durante un examen de la vista relacionado con una afección médica específica, excepto lo descrito arriba.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Cuidado de los pies</p> <p>Cuidado de rutina de los pies cuando está bajo tratamiento activo para una enfermedad vascular periférica o metabólica, como la diabetes.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las visitas al consultorio correspondientes, consulte el comienzo de la sección 5(a). • Consulte abajo en <i>Dispositivos ortopédicos y protésicos</i> para obtener información sobre plantillas para calzado podiátrico. • Consulte la sección 5(b) para conocer nuestra cobertura de procedimientos quirúrgicos. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidado de rutina de los pies, como cortar, recortar o eliminar callos, durezas o el borde libre de las uñas de los pies, y tratamiento de rutina similar de afecciones del pie, excepto lo indicado arriba.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Dispositivos ortopédicos y protésicos</p> <p>Aparatos ortopédicos y prótesis como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros y ojos artificiales. • Órtesis funcionales para los pies cuando las prescribe un médico. • Dispositivos rígidos sujetos al pie o a un aparato ortopédico, o colocados en un zapato. • Reemplazo, reparación y ajuste de dispositivos cubiertos. • Después de una mastectomía, prótesis mamarias y sujetadores quirúrgicos, incluidos los reemplazos necesarios. • Prótesis de pene implantadas quirúrgicamente limitadas al tratamiento de la disfunción eréctil o como parte de un plan aprobado para la cirugía de afirmación de género. • Implantes quirúrgicos. <p>Nota: Una prótesis es un dispositivo que se inserta quirúrgicamente o se fija de forma física al cuerpo para restaurar una función corporal o reemplazar una parte física del cuerpo.</p> <p>Proporcionamos beneficios hospitalarios para dispositivos protésicos internos, como articulaciones artificiales, marcapasos, implantes cocleares e implantes mamarios implantados quirúrgicamente después de una mastectomía; consulte la sección 5(c) para obtener información sobre pagos. La inserción del dispositivo se paga como cirugía; consulte la sección 5(b).</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zapatos (incluidos zapatos para diabéticos).</i> • <i>Órtesis de venta libre.</i> • <i>Soportes del arco.</i> • <i>Taconeras y taloneras.</i> • <i>Pelucas (incluidas prótesis craneales).</i> • <i>Audífonos, incluidos audífonos osteointegrados, accesorios o suministros (incluidos controles remotos y paquetes de garantía) y todos los servicios asociados.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME)</p> <p>El equipo médico duradero (DME) es un equipo y suministro que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se lo receta su médico tratante (es decir, el médico que trata su enfermedad o lesión). 2. Es médicamente necesario. 3. Se utiliza de forma primaria y habitual solo con fines médicos. 4. Generalmente es útil solo para una persona con una enfermedad o lesión. 5. Se diseñó para un uso prolongado. 6. Se usa para cumplir un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. <p>Cubrimos el alquiler o la compra de equipo médico duradero, a nuestro criterio, incluida la reparación y el ajuste. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de diálisis domiciliaria. • Equipo de oxígeno. • Camas de hospital. • Sillas de ruedas. • Muletas. • Andadores. • Dispositivos de movimiento pasivo continuo (CPM). • Dispositivos de craneoplastia ortopédica dinámica (DOC). • Bombas de insulina. • Otros artículos que determinamos que son DME, como medias de compresión. • DME especializado*, incluidas: <ul style="list-style-type: none"> - camas de hospital especializadas; - sillas de ruedas de lujo, sillas de ruedas eléctricas y dispositivos de movilidad, incluidos <i>scooters</i> y suministros relacionados. <p>Nota: Cubrimos DME a los niveles de los beneficios preferidos solo cuando usted utiliza un proveedor de DME preferido. Los médicos, centros y farmacias preferidos no son necesariamente proveedores de DME preferidos.</p> <p>*Se requiere aprobación previa.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos generadores de voz, limitados a \$625 por año calendario. 	<p>Cualquier monto superior a \$625 por año (sin deducible)</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Equipo de ejercicio y baño.</i> • <i>Modificaciones, reemplazos o actualizaciones del vehículo.</i> • <i>Modificaciones, mejoras o adiciones en el hogar.</i> • <i>Ascensores, como elevadores de asientos, sillas o furgonetas.</i> • <i>Asientos de auto.</i> • <i>Suministros para diabéticos, excepto como se describe en la sección 5(f) o cuando Medicare Parte B sea el pagador principal.</i> • <i>Aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores y purificadores.</i> • <i>Extractores de leche, excepto lo descrito arriba.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipos, dispositivos y ayudas de comunicación (incluidos equipos informáticos) como “tableros de mensajes” u otras ayudas de comunicación para ayudar a personas con problemas de comunicación (excepto los dispositivos generadores de voz enumerados arriba). Equipos con fines cosméticos. Terapia de oxígeno hiperbárico tópico (THBO). Cargos asociados con garantías separadas o extendidas. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Todos los cargos</p>
<p>Suministros médicos</p> <p>Los suministros médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran por catéter o sondas nasogástricas. Nota: Consulte la sección 10 para conocer la definición de alimentos médicos. Suministros para ostomía y catéteres. Oxígeno. Nota: Cuando los factura un centro de enfermería especializada, un hogar de ancianos o un centro de atención prolongada, pagamos los beneficios que se muestran aquí para el oxígeno según el estado contractual del centro. Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios ambulatorios recibidos mientras se encuentra en un centro de enfermería especializada. Sangre y plasma sanguíneo, excepto donación o sustitución, y expansores del plasma sanguíneo. <p>Nota: Cubrimos suministros médicos a los niveles de los beneficios preferidos solo cuando utiliza un proveedor de suministros médicos preferido. Los médicos, centros y farmacias preferidos no son necesariamente proveedores de suministros médicos preferidos.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Fórmulas infantiles utilizadas como sustituto de la lactancia materna. Suministros para diabéticos, excepto como se describe en la sección 5(f) o cuando Medicare Parte B sea el pagador principal o usted esté inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Alimentos médicos administrados por vía oral, excepto lo descrito en la sección 5(f). 	<p>Todos los cargos</p>
<p>Servicios de atención médica a domicilio</p> <p>Atención de enfermería a domicilio (especializada) durante dos horas por día limitada a 10 visitas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una enfermera registrada (RN) o una enfermera diplomada (LPN) proporciona los servicios. Un médico solicita la atención. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos. Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de enfermería solicitada por el paciente o su familia, o para su conveniencia. Servicios prestados principalmente para bañar, alimentar, ejercitar, trasladar al paciente, realizar tareas domésticas, administrar medicamentos o actuar como acompañante o niñera. 	<p>Todos los cargos</p>

Servicios de atención médica a domicilio: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Servicios de atención médica a domicilio (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Servicios proporcionados por una enfermera, un asistente de enfermería, un asistente de salud u otra persona con o sin licencia similar facturados por un centro de enfermería especializada, un centro de atención prolongada o un hogar de ancianos.</i> <i>Enfermería privada.</i> 	<p>FEP Blue Focus</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Tratamientos alternativos/manipulativos</p> <p>Los beneficios para el tratamiento manipulativo y la acupuntura están sujetos a un límite combinado de 10 visitas por persona por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> La acupuntura está cubierta cuando la realiza y factura un proveedor de atención médica autorizado o certificado para realizar esta práctica por el estado donde se proporcionan los servicios y que actúa dentro del alcance de esa licencia o certificación. Consulte la sección 3 para obtener más información. <p>Nota: Consulte la sección 5(b) para conocer nuestra cobertura de acupuntura cuando se proporciona como anestesia para una cirugía cubierta.</p> <p>Nota: Consulte arriba en esta sección nuestra cobertura de acupuntura cuando se proporciona como anestesia para la atención cubierta por maternidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento manipulativo limitado a: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento manipulativo osteopático en cualquier región del cuerpo. - Tratamiento quiropráctico manipulativo espinal o extraespinal. <p>Consulte la sección 5(c) para conocer los beneficios de los centros.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Biorretroalimentación.</i> <i>Capacitación en autocuidado o autoayuda.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Clases y programas educativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento para dejar de fumar y de consumir tabaco, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> - Consejería para dejar de fumar y de consumir tabaco. - Clases para dejar de fumar y de consumir tabaco. <p>Nota: Consulte la sección 5(f) para conocer nuestra cobertura de medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p> Educación sobre diabetes. <p>Nota: Consulte la información anterior en esta sección para conocer nuestra cobertura de servicios de consejería nutricional que no forman parte de un programa de educación para diabéticos.</p> <p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Servicios educativos o de otro tipo de consejería o capacitación o análisis de comportamiento aplicado (ABA), cuando se realizan como parte de una clase o programa educativo.</i> <i>Clínicas de síndrome premenstrual (SPM), lactancia, dolor de cabeza, trastornos alimentarios y otras clínicas educativas, a menos que se describan arriba en esta sección como cubiertas.</i> <i>Terapia recreativa o educativa y cualquier prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital como parte de una estancia hospitalaria cubierta.</i> <i>Servicios realizados o facturados por una escuela o centro de reinserción social o un miembro de su personal.</i> 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, las limitaciones y las exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Consulte también la sección 9 para informarse sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- El pago se basa en si un centro o un profesional de la salud factura los servicios o suministros. Encontrará que algunos beneficios se enumeran en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se los paga depende del tipo de proveedor que factura el servicio.
- Los servicios enumerados 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 asociados con un centro (es decir, hospital, centro quirúrgico, etc.).
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en la vida por categoría terapéutica de medicamentos cuando se obtienen de un proveedor cubierto que no sea una farmacia bajo el beneficio de la farmacia. A partir de entonces, deberá utilizar una farmacia preferida. Esta limitación de beneficios no se aplica si su cobertura principal es Medicare Parte B o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el suministro de medicamentos especializados en una farmacia preferida. Los medicamentos restringidos bajo este beneficio están disponibles en nuestra lista de medicamentos especializados de FEP Blue Focus. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para servicios como los siguientes: cirugía para la obesidad grave y cirugía/cirugías maxilofaciales orales en la mandíbula, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el piso de la boca, y procedimientos relacionados.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para todos los procedimientos quirúrgicos de trasplante de órganos; y si su procedimiento quirúrgico requiere una admisión hospitalaria, DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA. Consulte la información de aprobación previa y certificación previa que se muestra en la sección 3 para asegurarse de qué servicios requieren aprobación o certificación previa.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de afirmación de género. Antes de cualquier cirugía de afirmación de género, su proveedor debe presentar un plan de tratamiento que incluya todas las cirugías planificadas y la fecha estimada en que se realizará cada una. Se debe obtener una nueva aprobación previa si se aprueba el plan de tratamiento y su proveedor posteriormente modifica el plan (incluidos cambios en los procedimientos que se realizarán o las fechas previstas para los procedimientos). Consulte la sección 3 para obtener información adicional. Si su procedimiento quirúrgico requiere una admisión hospitalaria, TAMBIÉN DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA de la atención hospitalaria.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA PARA CIERTOS PROCEDIMIENTOS; NO HACERLO GENERARÁ UNA MULTA DE \$100.** Consulte la sección 3 para obtener la lista completa de servicios que requieren aprobación previa.
- Cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos que agregan tiempo o complejidad a la atención del paciente durante la misma sesión operativa, el plan local determina nuestra asignación para la combinación de procedimientos quirúrgicos múltiples, bilaterales o incidentales. Generalmente, permitiremos un monto reducido para los procedimientos que no sean el procedimiento primario.
- No pagamos extra por procedimientos “incidentales” (aquellos que no añaden tiempo ni complejidad a la atención del paciente).
- **Cuando circunstancias inusuales requieren que un médico distinto de quien los aplicó retire yesos o suturas**, el plan local puede determinar que se pague una asignación por separado.
- El deducible por año calendario es de \$500 por persona (\$1,000 por inscripción de Individual + 1 o Individual y familia). Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.

- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.**
- Proporcionamos beneficios a los niveles de los beneficios preferidos para servicios proporcionados en centros preferidos por radiólogos, anesestesiólogos, enfermeros anesestelistas registrados certificados (CRNA), patólogos, neonatólogos, médicos de sala de emergencias y cirujanos asistentes no preferidos (incluidos los cirujanos asistentes en el consultorio de un médico). Usted puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Consulte la información sobre la NSA en la sección 4 para saber cuándo no es responsable de esta diferencia.

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Nota: Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.</p>	
Procedimientos quirúrgicos	FEP Blue Focus
<p>Una gama completa de servicios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos operativos. • Cirujanos asistentes/asistencia quirúrgica si es necesario debido a la complejidad de los procedimientos quirúrgicos. • Tratamiento de fracturas y luxaciones, incluido el yeso. • Atención normal pre y postoperatoria por parte del cirujano. • Trasplante de córnea. • Corrección de ambliopía y estrabismo. • Colonoscopia, con o sin biopsia. <p>Nota: Los beneficios de atención preventiva se aplican a los cargos profesionales de su primera colonoscopia cubierta del año calendario (consulte la sección 5[a]). Proporcionamos beneficios como se describe aquí para procedimientos de colonoscopia posteriores realizados por un proveedor profesional en el mismo año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos endoscópicos. • Inyecciones. • Procedimientos de biopsia. • Eliminación de tumores y quistes. • Corrección de anomalías congénitas. • Tratamiento de quemaduras. • Circuncisión masculina. • Inserción de dispositivos protésicos internos. Consulte <i>Dispositivos ortopédicos y protésicos</i> en la sección 5(a) y “Otros servicios y suministros hospitalarios” en <i>Servicios para pacientes hospitalizados</i>, en la sección 5(c) para conocer nuestra cobertura para el dispositivo. • Procedimientos para tratar la obesidad grave cuando cumple con los criterios clínicos enumerados en nuestra política médica sobre cirugía bariátrica en fepblue.org/legal/policias-guidelines para cualquier cirugía inicial y posterior (se requiere aprobación previa). Comuníquese con el número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación si necesita ayuda. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios quirúrgicos para tratar la obesidad grave se deben realizar en un Blue Distinction Center for Comprehensive Bariatric Surgery. • Cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos que agregan tiempo o complejidad a la atención del paciente durante la misma sesión operativa, el plan local determina nuestra asignación para la combinación de procedimientos quirúrgicos múltiples, bilaterales o incidentales. Generalmente, permitiremos un monto reducido para procedimientos que no sean al procedimiento primario. • No pagamos extra por procedimientos “incidentales” (aquellos que no añaden tiempo ni complejidad a la atención del paciente). 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Procedimientos quirúrgicos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando circunstancias inusuales requieren que un médico distinto de quien los aplicó retire yesos o suturas, el plan local puede determinar que se pague una asignación por separado. • Para los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar, consulte <i>Planificación familiar</i> en la sección 5(a). 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de la esterilización voluntaria.</i> • <i>Servicios de médicos de guardia.</i> • <i>Tratamiento quirúrgico de rutina de 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 refractivas.</i> • <i>Cirugías relacionadas con la insuficiencia sexual (excepto la colocación quirúrgica de prótesis de pene para tratar la disfunción eréctil y las cirugías de afirmación de género específicamente enumeradas como cubiertas).</i> • <i>Reversión de la cirugía de afirmación de género.</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad grave cuando se realizan fuera de un Blue Distinction Center.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Cirugía reconstructiva</p> <p>Procedimientos quirúrgicos reconstructivos, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional. • Cirugía para corregir una anomalía congénita (consulte la sección 10 para obtener una definición). • Tratamiento para restaurar la boca a un estado precanceroso. • Todas las etapas de la cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía, como: <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía para producir una apariencia simétrica de los senos de la paciente. - Tratamiento de cualquier complicación física, como linfedemas. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las prótesis mamarias internas se pagan como dispositivos ortopédicos y protésicos; consulte la sección 5(a). Consulte la sección 5(c) cuando lo facture un centro. • Si necesita una mastectomía, puede optar por realizar el procedimiento de forma hospitalaria y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento. • Cirugía de colocación de prótesis de pene para tratar la disfunción eréctil. • Los beneficios de la cirugía de afirmación de género se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de mamas, clitoroplastia, electrólisis (depilación en cualquier zona operatoria cubierta), cirugía facial (limitada al aumento/reducción de la nuez de Adán, toxina botulínica, remodelación de mejillas, remodelación de mentón, rellenos cosméticos, lifting facial, injerto de grasa, remodelación de la frente, trasplante capilar, remodelación de mandíbula, liposucción y rinoplastia), cirugía de la voz (cirugía para bajar o subir el tono/glotooplastia de Wendler), histerectomía, labioplastia, mastectomía (incluida la reconstrucción del pezón y la lipectomía torácica asistida por succión), metoidioplastia, orquiectomía, penectomía, faloplastia, salpingooforectomía, escrotoplastia, colocación de prótesis testiculares y eréctiles, uretroplastia, vaginectomía, vaginoplastia. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Cirugía reconstructiva (cont.)</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se requiere aprobación previa para la cirugía de afirmación de género. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la sección 3. • Los beneficios no están disponibles para procedimientos de repetición o revisión, a menos que se determine que son médicamente necesarios. Los beneficios no están disponibles para la cirugía de afirmación de género por ninguna condición que no sea la disforia de género. • La cirugía de afirmación de género en régimen hospitalario o ambulatorio está sujeta a los requisitos quirúrgicos que se enumeran a continuación. El afiliado debe cumplir todos los requisitos. <ul style="list-style-type: none"> - Se debe obtener aprobación previa. - El afiliado debe tener al menos 16 años de edad para mastectomía y 18 años de edad para otras cirugías cubiertas al momento de solicitar la aprobación previa y enviar el plan de tratamiento. - Diagnóstico de disforia de género realizado por un profesional médico calificado con incongruencia de género persistente bien documentada, incluida la documentación de que se han excluido otras posibles causas de incongruencia de género. - Documentación de consentimiento informado y cumplimiento de los criterios del programa para el tratamiento quirúrgico de afirmación de género. - El afiliado debe cumplir los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Seis meses de terapia hormonal continua adecuada a la identidad de género del miembro (a menos que esté médicamente contraindicado; no es necesario para la mastectomía). • Debe tener una evaluación psicológica por escrito administrada por un profesional de salud mental calificado que documente el diagnóstico de disforia de género persistente con una incongruencia de género persistente bien documentada entre el género asignado y el género experimentado/expresado o algún género alternativo, respaldo de los procedimientos quirúrgicos, y afecciones de salud física y mental bien controladas. • El plan de tratamiento quirúrgico debe incluir el momento, la técnica y la duración de los cuidados posteriores. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía estética:- cualquier procedimiento operativo o parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante cambios en la forma corporal, a menos que sea necesaria por una anomalía congénita o para restaurar o corregir una parte del cuerpo que haya sido alterada como resultado de una lesión accidental, enfermedad o cirugía (no incluye anomalías relacionadas con los dientes o las estructuras que sostienen los dientes).</i> • <i>Cirugías relacionadas con disfunción sexual o insuficiencia sexual (excepto la colocación quirúrgica de prótesis de pene para tratar la disfunción eréctil).</i> • <i>Reversión de la cirugía de afirmación de género.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Cirugía bucal y maxilofacial</p> <p>Los procedimientos quirúrgicos bucales cuando están aprobados previamente se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escisión de tumores y quistes de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el suelo de la boca cuando sea necesario un examen patológico. • Cirugía necesaria para corregir lesiones accidentales en las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el suelo de la boca. • Escisión de exostosis de las mandíbulas y el paladar duro. • Incisión y drenaje de abscesos y celulitis. • Incisión y tratamiento quirúrgico de senos accesorios, glándulas salivales o conductos. • Reducción de luxaciones y escisión de articulaciones temporomandibulares. • Extracción de dientes impactados. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección 3 para obtener información sobre la aprobación previa. • Se requiere aprobación previa para la cirugía bucal/maxilofacial, excepto cuando esté relacionada con una lesión accidental y se realice dentro de las 72 horas posteriores al accidente. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la sección 3. • Llámenos al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para verificar que su proveedor sea el preferido para el tipo de atención (p. ej., cirugía bucal) que se le programó. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantes y trasplantes bucales, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales, como se describe de forma específica anteriormente y en la sección 5(g).</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que involucran los dientes o sus estructuras de soporte (como la membrana periodontal, la encía y el hueso alveolar), excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales como se describe de forma específica anteriormente y en la sección 5(g).</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos que involucran implantes dentales o preparación de la boca para la colocación o el uso continuo de dentaduras postizas, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales, como se describe de forma específica anteriormente y en la sección 5(g).</i> • <i>Cuidado de ortodoncia antes, durante o después de la cirugía, excepto la ortodoncia asociada con la cirugía para corregir lesiones accidentales, como se describe de forma específica anteriormente y en la sección 5(g).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Trasplantes de órganos/tejidos

Los trasplantes de órganos o tejidos sólidos cubiertos que se enumeran a continuación están sujetos a necesidad médica y a revisión experimental/de investigación, y a los requisitos de aprobación previa que se muestran a continuación.

Requisitos de aprobación previa:

Deberá obtener aprobación previa del plan local para el procedimiento y la certificación previa para el ingreso al centro (consulte la sección 3).

Además, los beneficios solo están disponibles para algunos trasplantes (y servicios relacionados cubiertos) cuando se realizan en un Blue Distinction Center o en un programa de trasplantes aprobado por Medicare, como se describe en esta sección. Los beneficios para la implantación de un corazón artificial como puente hacia el trasplante o la terapia de destino solo están disponibles cuando el centro está designado como Blue Distinction Center for Heart Transplants.

Notas:

- **Los trasplantes de órganos** que no están disponibles en un Blue Distinction Center for Transplants se deben realizar en un centro con un programa de trasplantes aprobado por Medicare para el tipo de trasplante previsto. Los trasplantes que involucran más de un órgano se deben realizar en un centro que ofrezca un programa de trasplantes aprobado por Medicare para cada órgano trasplantado. Comuníquese con su plan local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare.
- Si Medicare no ofrece un programa aprobado para cierto tipo de procedimiento de trasplante de órganos, este requisito no se aplica y puede utilizar cualquier centro preferido que realice el procedimiento. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órgano anticipado, pero su centro no está aprobado por Medicare para el procedimiento, comuníquese con su plan local llamando al número de teléfono de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Trasplantes de órganos/tejidos</p> <p>Los siguientes trasplantes se deben realizar en un Blue Distinction Centers for Transplants (consulte la sección 3 para obtener más información):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplante de corazón (adulto y pediátrico): <ul style="list-style-type: none"> - Implantación de un corazón artificial como puente hacia el trasplante o terapia de destino (cuando se realiza en un Blue Distinction Center for Heart Transplants) • Trasplante de hígado (adulto y pediátrico). • Trasplante de pulmón (adulto) (simple, doble o lobular): los beneficios se limitan a trasplantes dobles de pulmón para miembros con fibrosis quística terminal. • Trasplante combinado de hígado y riñón (adulto). <p>Nota: Consulte el final de esta sección para conocer los servicios de trasplante relacionados cubiertos.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Es posible que los siguientes trasplantes no estén disponibles en Blue Distinction Centers for Transplants® y se deban realizar en un centro preferido con un programa de trasplantes aprobado por Medicare, si hay uno disponible (consulte a continuación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplante autólogo de células de los islotes pancreáticos (como complemento de la pancreatectomía total o casi total) solo para pacientes con pancreatitis crónica. • Trasplante de corazón y pulmón. • Trasplantes de intestino (intestino delgado) e intestino delgado con hígado o intestino delgado con múltiples órganos como hígado, estómago y páncreas. • Trasplante de riñón. • Trasplante de páncreas. • Trasplante combinado de hígado y riñón (pediátrico). • Trasplante combinado de páncreas y riñón. • Trasplante de pulmón simple, doble o lobular (pediátrico). 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos/tejidos (cont.)	FEP Blue Focus
<p>Los trasplantes de células madre de sangre o médula ósea (adulto y pediátrico) que se enumeran a continuación y en las páginas siguientes se deben realizar en un Blue Distinction Center for Transplants. Deberá obtener aprobación previa del plan local para el procedimiento y certificación previa para el ingreso al centro. Consulte la sección 3, <i>Cómo obtener atención médica</i>. Los beneficios se limitan a los diagnósticos y etapas enumerados.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Los beneficios de los trasplantes alogénicos de células madre de sangre o médula ósea solo están disponibles para los diagnósticos indicados a continuación:

- Leucemia linfocítica o mieloide aguda (p. ej., AML promielocítica)
- Neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas
- Leucemia linfocítica crónica (p. ej., leucemia prolinfocítica de células T, leucemia prolinfocítica de células B, leucemia de células pilosas)
- Leucemia mieloide crónica
- Hemoglobinopatía (por ejemplo, anemia de células falciformes, talasemia)
- 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 medular (p. ej., anemia aplásica grave, anemia de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH), aplasia pura de glóbulos rojos, trombocitopenia congénita, disqueratosis congénita)
- MDS/MPN (p. ej., leucemia mielomonocítica crónica [CMML])
- 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
- Trastornos de las células plasmáticas (p. ej., mieloma múltiple, amiloidosis, leucemia de células plasmáticas, POEMS – (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y síndrome de cambios cutáneos)
- 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 común variable, enfermedad granulomatosa crónica/trastornos de células fagocíticas)
- Mastocitosis sistémica, agresiva

Los beneficios para trasplantes autólogos de células madre de sangre o médula ósea solo están disponibles para los diagnósticos que se indican a continuación:

- Leucemia mieloide aguda
- Enfermedad autoinmune: limitadas a artritis reumatoide idiopática (juvenil), esclerosis múltiple (recaída refractaria al tratamiento 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), meduloblastoma, pineoblastoma, ependimoblastoma)
- 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 recidivante

- 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, POEMS - (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y síndrome de cambios cutáneos)
- Tumor de Wilms

Los beneficios para los trasplantes de células madre de sangre o de médula ósea están disponibles para los diagnósticos a continuación, solo cuando se realizan como parte de un **ensayo clínico** cuando un ensayo clínico para el diagnóstico a continuación está disponible en un Blue Distinction Center y usted cumple con los criterios de inclusión en el ensayo clínico y los requisitos a continuación:

- Trasplantes alogénicos de células madre de sangre o médula ósea para:
 - Enfermedades autoinmunes: limitadas 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 recidivante
 - Enfermedades metabólicas lisosomales: por ejemplo, mucopolisacaridosis tipo II (síndrome de Hunter), mucopolisacaridosis tipo IV (síndrome de Morquio), mucopolisacaridosis tipo VI (síndrome de Maroteaux-Lamy), enfermedad de Fabry, enfermedad de Gaucher
 - Carcinoma de células renales
 - Sarcoma: sarcoma de Ewing, rhabdomyosarcoma, sarcoma de tejidos blandos
- Trasplantes autólogos de células madre de sangre o médula ósea para:
 - Enfermedad autoinmune: por ejemplo, lupus eritematoso sistémico, CIDP (polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica), enfermedad de Crohn, polimiositis-dermatomiositis, artritis reumatoide
 - Tumores gliales (por ejemplo, astrocitoma anaplásico, tumores del plexo coroideo, ependimoma, glioblastoma multiforme)
 - Sarcoma (por ejemplo, rhabdomyosarcoma, sarcoma de tejidos blandos)
- Debe comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener aprobación previa (consulte la sección 3).
- El paciente debe estar adecuada y legalmente registrado en el ensayo clínico, cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad del ensayo.
- Para los procedimientos de trasplante enumerados anteriormente, el ensayo clínico debe ser revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del programa Blue Distinction Center for Transplant donde se realizará el procedimiento.

Los ensayos clínicos son estudios de investigación en los que los médicos y otros investigadores trabajan para encontrar formas de mejorar la atención. Cada estudio intenta responder preguntas científicas y encontrar mejores formas de prevenir, diagnosticar o tratar a los pacientes. Un ensayo clínico tiene posibles beneficios y riesgos. Cada ensayo tiene un protocolo que explica el propósito del ensayo, cómo se realizará, quién puede participar en el ensayo, y los puntos de inicio y finalización del ensayo. La información sobre los ensayos clínicos está disponible en www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials.

Es posible que no haya un ensayo clínico de trasplante disponible para su afección, o que no sea elegible para su inclusión en estos ensayos o que no haya ningún ensayo disponible en un Blue Distinction Center for Transplants para tratar su afección en el momento en que busca ser incluido en un ensayo clínico. Si su médico le recomendó participar en un ensayo clínico, lo animamos a que se comuniquen con nosotros llamando al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener ayuda para determinar si un ensayo clínico cubierto está disponible en un centro cubierto.

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Trasplantes de órganos/tejidos</p> <p>Servicios de trasplante relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extracción o reinfusión de células madre de sangre o médula ósea como parte de un trasplante alogénico o autólogo cubierto. Recolección, preservación inmediata y almacenamiento de células madre cuando el trasplante autólogo de células madre de sangre o médula ósea se haya programado o se prevea programar dentro de un plazo adecuado para pacientes a los que, en el momento de la recolección, se les diagnosticó una de las afecciones enumeradas anteriormente. <p>Nota: Hay beneficios disponibles para los gastos relacionados con tarifas de almacenamiento de células madre de sangre o médula ósea autólogas extraídas en relación con un trasplante autólogo de células madre cubierto que se haya programado o que se prevea programar dentro de un plazo adecuado. No hay beneficios disponibles para los gastos relacionados con el almacenamiento a largo plazo de células madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolección, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre del cordón umbilical solo cuando se proporciona como parte de un trasplante de células madre de sangre o de médula ósea programado o que se prevea programar dentro de un plazo adecuado para pacientes a los que se les diagnosticó una de las afecciones enumeradas anteriormente. Gastos médicos y hospitalarios cubiertos del donante, cuando brindamos cobertura al receptor. Servicios o suministros cubiertos proporcionados al destinatario. Pruebas de detección de donantes para posibles donantes que no sean hermanos completos (como los no emparentados), para posibles donantes que sean hermanos completos y para el donante utilizado para el trasplante. <p>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer la cobertura de servicios relacionados, como quimioterapia o radioterapia y medicamentos administrados para estimular o movilizar células madre para procedimientos de trasplante cubiertos.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Beneficios de viaje:</p> <p>Los miembros que reciben atención cubierta en un Blue Distinction Center for Transplants para uno de los trasplantes enumerados pueden recibir un reembolso por los gastos de viaje en los que incurran relacionados con el trasplante, sujeto a los criterios y las limitaciones que se describen aquí.</p> <p>Debe obtener aprobación previa para los beneficios de viaje (consulte la sección 3).</p>	<p>Reembolsamos los costos de transporte (aéreo, tren, autobús o taxi) y alojamiento si vive a 50 millas o más del centro, hasta un máximo de \$5,000 por trasplante para el miembro y sus acompañantes. El reembolso está sujeto a las regulaciones del IRS.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Ningún trasplante que no esté indicado como cubierto y trasplantes para cualquier diagnóstico que no esté indicado como cubierto.</i> <i>Trasplantes realizados en un centro distinto del tipo de centro requerido para el trasplante en particular.</i> <i>Pruebas de detección de donantes y gastos de búsqueda de donantes, incluidos los gastos de viaje asociados, con excepción de lo definido arriba.</i> <i>Implantes de órganos artificiales, incluidos los implantados como puente para un trasplante o como terapia de destino, distintos de la implantación médicamente necesaria de un corazón artificial como se describió anteriormente.</i> <i>Implantación de un corazón artificial en un centro no designado como Blue Distinction Center for Heart Transplant.</i> <i>Trasplante alogénico de células de los islotes pancreáticos.</i> <i>Costos de viaje relacionados con trasplantes cubiertos realizados en centros distintos de los Blue Distinction Centers for Transplants; gastos de viaje incurridos cuando no se ha obtenido la aprobación previa; costos de viaje fuera de los permitidos por las regulaciones del IRS, como gastos relacionados con alimentos.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Anestesia</p> <p>Los servicios de anestesia consisten en la administración mediante inyección o inhalación de un fármaco u otro agente anestésico (incluida la acupuntura) para obtener relajación muscular, pérdida de sensación o pérdida del conocimiento.</p> <p>Anestesia (incluida la acupuntura) para servicios médicos o quirúrgicos cubiertos cuando lo solicite el médico tratante y sea realizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA), o • un médico que no sea el médico (o el asistente) que realiza el procedimiento médico o quirúrgico cubierto <p>Servicios profesionales prestados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento de pacientes ambulatorios del hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Centro de tratamiento residencial • Consultorio <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de acupuntura con anestesia no se acumulan para el máximo anual del miembro. • Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por servicios de anestesia facturados por un centro. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

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

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, las limitaciones y las exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Consulte también la sección 9 para informarse sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- **DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTANCIAS EN EL HOSPITAL. DE LO CONTRARIO, RECIBIRÁ UNA MULTA DE \$500.** Consulte la información de certificación previa que figura en la sección 3 para asegurarse de conocer qué servicios requieren certificación previa.
- Nota: **Los servicios de observación** se facturan como atención en un centro para pacientes ambulatorios. Los beneficios por servicios de observación se brindan en los niveles de los beneficios de centros 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 servicios como los siguientes: cirugía para la obesidad grave y cirugía/cirugías maxilofaciales orales en la mandíbula, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el piso de la boca, y procedimientos relacionados.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de afirmación de género. Consulte la sección 3 para conocer la aprobación previa y la sección 5(b) para conocer el beneficio quirúrgico.**
- Cuando **SE REQUIERE APROBACIÓN PREVIA** para un procedimiento quirúrgico y la cirugía se realiza con hospitalización, **TAMBIÉN DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA** para la admisión como paciente hospitalizado.
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros preferidos (PPO).
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.
 - Usted es responsable de los montos de costos compartidos aplicables por la atención brindada y facturada por proveedores profesionales preferidos en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital preferido.
- Basamos el pago en si un centro o un profesional de atención médica factura por los servicios o suministros. Encontrará que algunos beneficios se enumeran en más de una sección del folleto. Esto se debe a que la forma en que se les paga depende del tipo de prestador o centro que factura el servicio.
- Los servicios enumerados en esta sección son para los cargos facturados por el centro (es decir, hospital o centro de cirugía) o servicio de ambulancia, por la cirugía o atención que recibió como paciente hospitalizado o ambulatorio. Todos los costos asociados con el cargo profesional (es decir, médicos, etc.) se enumeran en las secciones 5(a) o 5(b).
- El deducible por año calendario es de \$500 por persona (\$1,000 por inscripción de Individual + 1 o Individual y familia). Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables se limitan a una vez en la vida por categoría terapéutica de medicamentos cuando se obtienen de un proveedor cubierto que no sea una farmacia bajo el beneficio de la farmacia. A partir de entonces, deberá utilizar una farmacia preferida. Esta limitación de beneficios no se aplica si su cobertura principal es Medicare Parte B o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el suministro de medicamentos especializados en una farmacia preferida. Los medicamentos restringidos bajo este beneficio están disponibles en nuestra lista de medicamentos especializados de FEP Blue Focus. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.

Descripción de beneficios	Usted paga
Nota: Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados</p> <p>Alojamiento y comida, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitaciones semiprivadas o salas de cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>Nota: Cubrimos una habitación privada solo cuando usted debe estar aislado para prevenir el contagio, cuando su aislamiento es requerido por ley o cuando un hospital solo tiene habitaciones privadas.</p> <p>Otros servicios y suministros para pacientes hospitalizados, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de quirófano, recuperación y otros tratamientos • Medicamentos y fármacos recetados • Estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología • Administración de sangre o plasma sanguíneo • Apósitos, férulas, yesos y bandejas esterilizadas • Dispositivos protésicos internos • Otros suministros y equipos médicos, incluido el oxígeno • Servicios de anestésicos y anestesia • Artículos para llevar a casa • Pruebas previas a la admisión reconocidas como parte del proceso de admisión hospitalaria • Orientación nutricional • Rehabilitación hospitalaria aguda <p>Nota: Los servicios de observación se facturan como atención en un centro para pacientes ambulatorios. Como resultado, los beneficios por servicios de observación se brindan a los niveles de los beneficios de centros 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>A continuación, se indican algunas cosas que debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita permanecer en el hospital más tiempo del planeado inicialmente, cubriremos una estancia prolongada si es médicamente necesario. Sin embargo, deberá certificar previamente la estancia prolongada. Consulte la sección 3 para obtener información sobre cómo solicitar días adicionales. • Pagamos beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados por una admisión relacionada con el tratamiento de niños y jóvenes de hasta 22 años con caries dentales graves. Cubrimos la hospitalización para otros tipos de procedimientos dentales solo cuando existe un impedimento físico no dental que hace necesaria la hospitalización para salvaguardar la salud del paciente. Proporcionamos beneficios para procedimientos dentales como se muestra en la sección 5(g). <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte más adelante en esta sección y la sección 5(e) sobre centros de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados. • Para atención a pacientes hospitalizados recibida en el extranjero, consulte la sección 5(i). 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>

Servicios para pacientes hospitalizados (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Servicios para pacientes hospitalizados (cont.)</p> <p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Admisión a centros no cubiertos, como residencias de ancianos, centros de cuidados prolongados/enfermería especializada, escuelas, o centros de tratamiento residencial (excepto lo que se describe más adelante en esta sección y en la sección 5[e]).</i> • <i>Artículos de comodidad personal, como comidas y camas para huéspedes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería.</i> • <i>Enfermería privada.</i> • <i>Gastos de alojamiento y comida en los centros cuando, a nuestro juicio, una admisión o parte de una admisión es:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención de cuidados básicos o a largo plazo (ver Definiciones).</i> - <i>Atención de convalecencia o cura de reposo.</i> - <i>Atención domiciliaria proporcionada porque la atención en el hogar no está disponible o no es adecuada.</i> • <i>Atención que no es médicamente necesaria, como:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cuando los servicios no requirieron la hospitalización de pacientes agudos (estancia nocturna), pero podrían haberse dado de manera segura y adecuada en el consultorio de un médico, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o algún otro entorno, sin afectar negativamente su afección o la calidad de la atención médica que recibe.</i> - <i>Admisiones para observación o evaluación, o que consistan principalmente en estas actividades, que podrían haberse realizado de forma segura y adecuada en algún otro entorno (como el consultorio de un médico).</i> - <i>Admisiones principalmente para estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio o servicios de patología que podrían haberse dado de manera segura y adecuada en algún otro entorno (como el departamento ambulatorio de un hospital o un consultorio médico).</i> <p><i>Nota: Si determinamos que la admisión de un paciente hospitalizado es uno de los tipos enumerados anteriormente, no proporcionaremos beneficios de alojamiento y comida para pacientes hospitalizados ni de atención médica para pacientes hospitalizados. Sin embargo, brindaremos beneficios por servicios o suministros cubiertos distintos del alojamiento y la comida y la atención médica para pacientes hospitalizados al nivel que habríamos pagado si se hubieran brindado en algún otro entorno. Los beneficios se limitan a la atención brindada por proveedores de centros cubiertos que se describen en la sección 3.</i></p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Maternidad: centro</p> <p>Le recomendamos que nos notifique de su embarazo durante el primer trimestre; consulte la sección 3.</p> <p>Atención por maternidad (obstétrica), incluidas afecciones relacionadas que tienen como resultado el parto o un aborto espontáneo, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atención en centros hospitalarios, • atención en centros de parto, • servicios que recibe de forma ambulatoria, y • terapia tocolítica y servicios relacionados cuando se prestan como paciente hospitalizado durante una admisión hospitalaria cubierta o durante una estancia de observación cubierta. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: copago de \$1,500 por embarazo (sin deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>

Maternidad: centro (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Maternidad: centro (cont.)</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos hasta 8 visitas por año en total para tratar la depresión asociada con el embarazo (es decir, depresión durante el embarazo, depresión posparto o ambas) cuando utiliza un proveedor preferido. Consulte la sección 5(a). • Los beneficios de atención preventiva se aplican a las pruebas de detección a miembros con embarazo para VIH, sífilis y uso nocivo de alcohol o sustancias cuando los factura un centro. <p>Alojamiento y comida, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitaciones semiprivadas o salas de cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>Otros servicios y suministros para pacientes hospitalizados, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de sangre o plasma sanguíneo • Servicios de anestésicos y anestesia • Educación sobre lactancia materna • Suministros y equipos médicos cubiertos, incluido el oxígeno • Salas de parto, quirófano, salas de recuperación y de otros tratamientos. • Estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología • Servicios de apósitos y bandejas esterilizadas • Orientación nutricional • Medicamentos y fármacos recetados • Artículos para llevar a casa <p>Aquí hay algunas cosas que debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No es necesario que certifique previamente su parto; consulte la sección 3 para conocer otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su recién nacido. • Puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Cubriremos una estancia prolongada si es médicamente necesario. • Cubrimos la atención neonatal de rutina del recién nacido cuando se brinda durante la parte cubierta de la estancia en la maternidad de la madre y el centro es el que la factura. Cubrimos otros servicios de atención de un recién nacido que requiere servicios profesionales o tratamientos que no son de rutina solo si el recién nacido tiene cobertura en virtud de una inscripción del tipo Individual + 1 o Individual y familia. Los beneficios quirúrgicos se aplican a la circuncisión si la factura un proveedor profesional para un recién nacido varón. • Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante la estancia hospitalaria de la madre o después, se considera al recién nacido un paciente por derecho propio. Se aplican beneficios médicos o quirúrgicos regulares en lugar de beneficios de maternidad. • Consulte la sección 5(b) para conocer nuestros niveles de pago por circuncisión. • Para atención a pacientes hospitalizados recibida en el extranjero, consulte la sección 5(i). 	<p>Centros preferidos: copago de \$1,500 por embarazo (sin deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>

Maternidad: centro (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Maternidad: centro (cont.)</p> <p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Extractores de leche y bolsas de almacenamiento de leche, excepto lo establecido en la sección 5(a).</i> • <i>Suministros para la lactancia materna distintos de los contenidos en el kit del extractor de leche descrito en la sección 5(a), incluida ropa (p. ej., sostenes para amamantar), biberones o artículos para comodidad o conveniencia personal (p. ej., almohadillas de lactancia).</i> • <i>Preparación para el parto, Lamaze y otras clases para el parto y la crianza de los hijos.</i> • <i>Comadrona, acompañante de parto y apoyo similar.</i> • <i>Atención de maternidad para miembros no inscritos en este plan.</i> • <i>Artículos de comodidad personal, como comidas y camas para huéspedes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería.</i> • <i>Enfermería privada.</i> • <i>Procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estaría en peligro si el feto llegara a término o cuando el embarazo sea el resultado de un acto de violación o incesto.</i> • <i>Terapia tocolítica y servicios relacionados, excepto lo descrito anteriormente.</i> 	<p>FEP Blue Focus</p> <p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria</p> <p>Servicios quirúrgicos y de tratamiento para pacientes ambulatorios realizados y facturados por un centro, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de quirófano, recuperación y otros tratamientos. • Servicios de anestésicos y anestesia. • Pruebas previas a la cirugía realizadas dentro de un día hábil después de los servicios quirúrgicos cubiertos. • Quimioterapia y radioterapia. • Colonoscopia, con o sin biopsia. <p>Nota: Los beneficios de atención preventiva se aplican a los cargos del centro para su primera colonoscopia cubierta del año calendario. Brindamos beneficios de diagnóstico para servicios relacionados con procedimientos de colonoscopia posteriores en el mismo año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia intravenosa (IV)/de infusión. • Diálisis renal. • Visitas al departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para servicios de tratamiento que no sean de emergencia. • Educación diabética. • Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos. • Sangre y plasma sanguíneo, si no se donan o reemplazan, y otros productos biológicos. • Apósitos, férulas, yesos y bandejas esterilizadas. • Suministros para instalaciones de atención domiciliar de hemofilia. • Otros suministros médicos, incluido el oxígeno. • Implantes quirúrgicos. • Rehabilitación cardíaca. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>

Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de observación. <p>Nota: Todos los servicios para pacientes ambulatorios facturados por el centro durante el tiempo que usted recibe servicios de observación se incluyen en los montos de costo compartido que se muestran aquí. Consulte la sección 5(a) para conocer los servicios facturados por proveedores profesionales durante una estancia de observación y anteriormente en esta sección para obtener información sobre los beneficios para las admisiones de pacientes hospitalizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación pulmonar. Visitas a clínicas hospitalarias. Servicios y suministros hospitalarios para pacientes ambulatorios relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de niños de hasta 22 años con caries dental grave. Procedimientos dentales solo cuando existe un impedimento físico no dental que hace que el entorno hospitalario sea necesario para salvaguardar la salud del paciente Consulte la Sección 5(g), <i>Beneficios dentales</i>. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulte la sección 5(d) para conocer nuestros niveles de pago por atención relacionada con una emergencia médica o lesión accidental. Consulte la sección 5(a) para conocer sobre nuestra cobertura de servicios de planificación familiar. Consulte más adelante en esta sección los medicamentos, dispositivos médicos y equipos médicos duraderos para pacientes ambulatorios facturados por un centro. Consulte anteriormente en esta sección la atención de maternidad brindada en un centro para pacientes ambulatorios. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios realizadas y facturadas por un centro, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Angiografías. Pruebas de densidad ósea. CT*/MRI*/PET*. Pruebas genéticas*. Medicina nuclear. Estudios del sueño. Monitoreo cardiovascular. EEG. Ecografías. Pruebas neurológicas. Radiografías (incluida la instalación de equipos de radiografías portátiles). EKG. Pruebas de laboratorio y servicios de patología. <p>Nota: Para la atención en centros ambulatorios relacionada con la maternidad, incluida la atención ambulatoria en centros de maternidad, consulte <i>Maternidad: centro</i>, anteriormente en esta sección.</p> <p>* Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados):</p> <ul style="list-style-type: none"> Afiliado: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). No afiliado: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)</p> <p>Servicios de terapia y tratamiento para pacientes ambulatorios realizados y facturados por un centro, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación cognitiva limitada a 25 visitas por persona por año calendario. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla limitadas a 25 visitas por persona, por año calendario para terapia física, ocupacional o del habla, o una combinación de las tres. • Servicios de tratamiento manipulativo y acupuntura, limitados a 10 visitas combinadas por persona. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecemos beneficios para tratamientos manipulativos y servicios de acupuntura como se describe en la sección 5(a). • Consulte la sección 5(b) para conocer nuestra cobertura de acupuntura cuando se proporciona como anestesia para una cirugía cubierta. • Consulte arriba en esta sección nuestra cobertura de acupuntura cuando se proporciona como anestesia para la atención cubierta de maternidad. <p>Nota: Las limitaciones enumeradas más arriba son un total combinado independientemente del tipo de proveedores cubiertos o de los centros de facturación de los servicios.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: \$25 de copago por visita (sin deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por los suministros o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p>Los servicios de tratamiento ambulatorios realizados y facturados por un centro se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de comportamiento aplicado* (ABA) para pacientes ambulatorios para un trastorno del espectro autista realizado y facturado por un centro con un límite de 200 horas por persona, por año calendario. <p>Nota: Las limitaciones enumeradas son un total combinado independientemente del tipo de proveedores cubiertos o de los centros de facturación de los servicios.</p> <p>* Se requiere aprobación previa; consulte la sección 3 para conocer los requisitos de aprobación previa.</p>	<p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Atención preventiva para adultos que sean pacientes hospitalizados realizada y facturada por un centro, limitada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas/exámenes para atención preventiva, procedimientos de detección e inmunizaciones de rutina descritos en la sección 5(a). • Exámenes de detección de cáncer enumerados en la sección 5(a) y exámenes de detección por ecografía para detectar aneurisma aórtico abdominal. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección 5(a) para conocer nuestros niveles de pago por servicios de atención preventiva cubiertos para niños facturados por centros y realizados de forma ambulatoria. 	<p>Centros preferidos: nada (sin deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): nada (sin deducible) para exámenes de detección de cáncer y exámenes de ecografía para detectar aneurisma aórtico abdominal.</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para exámenes físicos de rutina para adultos, pruebas de laboratorio asociadas, colonoscopias o inmunizaciones de rutina realizadas en centros no preferidos (afiliados/no afiliados).</p>

Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)</p> <p>Medicamentos, dispositivos médicos y equipos médicos duraderos para pacientes ambulatorios facturados por un centro, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y fármacos recetados. <p>Nota: Ciertos medicamentos autoinyectables están cubiertos solo cuando los dispensa una farmacia conforme al beneficio de farmacia. Estos medicamentos estarán cubiertos una vez de por vida por categoría terapéutica de medicamentos cuando los dispense un proveedor que no tenga beneficios de farmacia. Esta limitación de beneficios no se aplica si su cobertura principal es Medicare Parte B o está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el suministro de medicamentos especializados en una farmacia preferida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos ortopédicos y prostéticos. • Equipo médico duradero. • Implantes quirúrgicos. • Anticonceptivos orales y transdérmicos. <p>Nota: Renunciamos a su costo compartido por anticonceptivos orales y transdérmicos genéricos cuando los compre en una farmacia minorista preferida; consulte la sección 5(f).</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Centro de tratamiento residencial</p> <p>Centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados:</p> <p>Se requiere una certificación previa antes de la admisión.</p> <p>Cubrimos la atención para pacientes hospitalizados proporcionada y facturada por un RTC si la atención es médicamente necesaria para el tratamiento de un trastorno médico, de salud mental o por abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y comida, como habitación semiprivada, atención de enfermería, comidas, dietas especiales, cargos accesorios y servicios de terapia cubiertos cuando los factura el centro. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para atención a pacientes hospitalizados recibida en el extranjero, consulte la sección 5(i). • Para servicios en un centro de tratamiento residencial, consulte la sección 5(c). 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Servicios no cubiertos, como:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Biorretroalimentación.</i> • <i>Atención de cuidados básicos o a largo plazo (ver Definiciones).</i> • <i>Atención domiciliaria proporcionada porque la atención en el hogar no está disponible o no es adecuada.</i> • <i>Terapia educativa o clases educativas.</i> • <i>Equino/hipoterapia proporcionada durante la estancia aprobada.</i> • <i>Terapia recreativa.</i> • <i>Atención médica de relevo.</i> • <i>Programas residenciales al aire libre.</i> • <i>Programas Outward Bound.</i> • <i>Artículos de comodidad personal, como comidas y camas para huéspedes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería.</i> • <i>Servicios proporcionados fuera de la licencia/ámbito de práctica del proveedor.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
Centro de tratamiento residencial (cont.)	FEP Blue Focus
<i>Nota: Los beneficios de los centros de tratamiento residencial no están disponibles para centros con licencia como centros de enfermería especializada, hogares comunitarios, hogares de transición o centros de tipo similar.</i>	<i>Todos los cargos</i>
Beneficios de atención extendida/beneficios de centros de atención de enfermería especializada	FEP Blue Focus
No hay beneficios para las admisiones a un centro de atención extendida o de enfermería especializada.	<i>Todos los cargos</i>
<p>Los beneficios están disponibles para los siguientes servicios cubiertos cuando se brindan como servicios ambulatorios y son facturados por un centro de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno. <p>Nota: Consulte la sección 5(f) para conocer los beneficios de medicamentos recetados.</p>	<p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): Usted paga todos los cargos</p>
<p>Los beneficios están disponibles para los siguientes servicios profesionales cubiertos cuando se brindan como servicios ambulatorios y son facturados por un centro de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación cognitiva, limitada a 25 visitas por año calendario, independientemente del proveedor que facture el servicio. • Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla o una combinación de las tres (independientemente del proveedor o del centro que facture los servicios) limitadas a 25 visitas por persona, por año calendario. 	<p>Preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible).</p> <p>No preferido (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible) por agentes, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su atención.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Habitación y comida para pacientes hospitalizados facturados por un centro de enfermería especializada.</i> • <i>Teléfono; televisión; artículos de comodidad personal, como comidas y camas para huéspedes, servicios de belleza y barbería, salidas/viajes recreativos, transporte en camilla o silla de ruedas; transporte en ambulancia que no es de emergencia y que el paciente o el médico solicitan más allá del centro más cercano adecuadamente equipado para tratar la afección del miembro para la continuidad de la atención u otro motivo; atención de cuidados básicos o a largo plazo (consulte Definiciones) y atención domiciliaria proporcionada porque la atención en el hogar no está disponible o no es adecuada.</i> 	<i>Todos los cargos</i>
Cuidados paliativos	FEP Blue Focus
<p>Los cuidados paliativos son un conjunto integrado de servicios y suministros diseñados para brindar cuidados paliativos y de apoyo a miembros con una esperanza de vida proyectada de seis meses o menos debido a una afección médica terminal, según lo certificado por el especialista o prestador de atención primaria del miembro.</p>	Ver a continuación
<p>Beneficios previos a la inscripción en cuidados paliativos No se requiere aprobación previa.</p> <p>Antes de que comiencen los cuidados paliativos en el hogar, un médico puede evaluar al miembro para determinar si los cuidados paliativos en el hogar son adecuados. Proporcionamos beneficios para consultas previas a la inscripción cuando las atiende un médico empleado por la agencia de cuidados paliativos en el hogar y cuando las factura la agencia que emplea al médico. La visita de inscripción previa incluye servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación de la necesidad del miembro de controlar el dolor o los síntomas; y • orientación sobre cuidados paliativos y otras opciones de atención. 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Cuidados paliativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Cuidados paliativos (cont.)</p> <p>Se requiere la aprobación previa del plan local para todos los servicios de cuidados paliativos. Nuestra decisión de aprobación previa dependerá de la necesidad médica del plan de tratamiento de cuidados paliativos y la información clínica que nos proporcione el proveedor de atención primaria (o especialista) y el proveedor de cuidados paliativos. Es posible que también solicitemos información de otros proveedores que hayan tratado al miembro. Todos los servicios de cuidados paliativos los debe facturar la agencia de cuidados paliativos aprobada. Usted es responsable de asegurarse de que el proveedor de cuidados paliativos haya recibido la aprobación previa del plan local (consulte la sección 3 para obtener instrucciones).</p> <p>Consulte con su plan local o visite www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro buscador nacional de médicos y hospitales y obtener listados de proveedores de cuidados paliativos preferidos.</p> <p>Nota: Si Medicare Parte A es el pagador principal de los cuidados paliativos del miembro, no se requiere aprobación previa. Sin embargo, nuestros beneficios se limitarán a los servicios enumerados en esta sección.</p> <p>Se recomienda a los miembros con una afección médica 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 los proveedores de cuidados paliativos preferidos.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios cubiertos:</p> <p>Proporcionamos beneficios para los servicios de cuidados paliativos que se enumeran abajo cuando los servicios se han incluido en un plan de tratamiento de cuidados paliativos aprobado y son prestados por el programa de cuidados paliativos en el hogar en el que está inscrito el miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de la atención avanzada • Orientación dietética • Alquiler de equipo médico duradero • Servicios sociales médicos • Suministros médicos • Atención de enfermería • Terapia de oxígeno • Visitas periódicas al médico • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla relacionadas con la afección médica terminal • Medicamentos y fármacos recetados • Servicios de asistentes de atención médica en el hogar (certificados o autorizados, si el estado lo requiere, y prestados por la agencia de cuidados paliativos en el hogar) 	<p>Ver a continuación</p>
<p>Cuidados paliativos tradicionales en el hogar*</p> <p>Visitas periódicas al hogar del miembro para el control de la afección médica terminal y para brindar atención limitada al paciente en el hogar. Un episodio de atención es un plan de tratamiento de cuidados paliativos en el hogar por año calendario. Consulte la Sección 3 para conocer los requisitos de aprobación previa.</p> <p>* Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Centros preferidos: nada (sin deducible).</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>

Cuidados paliativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Cuidados paliativos (cont.)</p> <p>Cuidados paliativos continuos en el hogar*</p> <p>Servicios prestados en el hogar a miembros inscritos en cuidados paliativos en el hogar durante un período de crisis, como ajustes frecuentes de medicamentos para controlar los síntomas o para manejar un cambio significativo en la afección del miembro, que requieren un mínimo de 8 horas de atención durante cada período de 24 horas por un profesional de enfermería registrado (RN) o diplomado (LPN).</p> <p>Nota: Los miembros deben recibir aprobación previa del plan local para cada episodio de cuidados paliativos continuos en el hogar (consulte la sección 3). Un episodio consta de hasta siete días consecutivos de atención continua. El miembro debe estar inscrito en un programa de cuidados paliativos en el hogar para poder recibir beneficios de cuidados paliativos continuos posteriores en el hogar y los servicios deben ser prestados por el programa de cuidados paliativos en el hogar en el que está inscrito el miembro.</p> <p>* Se requiere aprobación previa.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: nada (sin deducible). Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados*</p> <p>Los beneficios están disponibles para cuidados paliativos para pacientes hospitalizados cuando los brinda un centro autorizado como centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los servicios para pacientes hospitalizados son necesarios para controlar el dolor o controlar los síntomas del miembro; • la muerte es inminente; o • los servicios para pacientes hospitalizados son necesarios para proporcionar un intervalo de alivio (relevo) al cuidador. <p>Nota: Los beneficios se brindan por hasta 30 días consecutivos en un centro autorizado como centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. El afiliado no tiene que estar inscrito en un programa de cuidados paliativos en el hogar para ser elegible para la primera estancia como paciente hospitalizado. Sin embargo, el miembro debe estar inscrito en un programa de cuidados paliativos en el hogar para poder recibir beneficios para estancias hospitalarias posteriores.</p> <p>* Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Planificación de la atención avanzada, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de cuidados paliativos cubierto, como se indicó anteriormente.</i> • <i>Servicios de empleada doméstica.</i> • <i>Cuidados paliativos en el hogar (p. ej., atención brindada por un asistente de salud en el hogar) que brinda y factura otra agencia que no sea la agencia de cuidados paliativos en el hogar aprobada cuando la agencia de cuidados paliativos en el hogar ya brinda el mismo tipo de atención.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Ambulancia</p> <p>Servicios de transporte de ambulancia profesional hacia o desde el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sean médicamente necesarios, y:</p> <ul style="list-style-type: none"> estén asociados con atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados; estén relacionados con una emergencia médica; o estén asociados con cuidados paliativos cubiertos. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieren servicios de transporte. Se requiere aprobación previa para todo transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p>
<p>Servicios de transporte de ambulancia profesional hacia o desde el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sea médicamente necesario y cuando esté relacionado con la atención de lesiones accidentales.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieren servicios de transporte. Se requiere aprobación previa para todo transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia. 	<p>Nada (sin deducible).</p> <p>Nota: Estos niveles de beneficios se aplican solo si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas posteriores a ella. Para servicios recibidos después de las 72 horas, consulte arriba.</p>
<p>Servicios de transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima médicamente necesarios al hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección si viaja fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.</p> <p>Nota: Si viaja al extranjero y necesita ayuda con los 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. Consulte la sección 5(i) para obtener más información.</p>	<p>30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Servicios de furgonetas para sillas de ruedas y camillas.</i> <i>Ambulancia y cualquier otro medio de transporte hacia o desde servicios que incluyen, entre otros, citas médicas, diálisis o pruebas de diagnóstico no asociadas con la atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados.</i> <i>Transporte en ambulancia solicitado, más allá del centro más cercano adecuadamente equipado para tratar la afección del miembro, por el paciente o el médico para la continuidad de la atención u otro motivo.</i> <i>Vuelos aéreos comerciales.</i> <i>Repatriación desde un lugar internacional de regreso a los EE. UU. Consulte la definición de repatriación en la sección 10. Los miembros que viajen al extranjero deberían considerar adquirir una póliza de seguro de viaje que cubra la repatriación a su país de origen.</i> <i>Costos asociados con el transporte aéreo o marítimo desde el extranjero a un hospital que no sea el más cercano que esté equipado para tratar adecuadamente su afección.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(d): Servicios de emergencia/accidentes

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, las limitaciones y las exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Consulte también la sección 9 para informarse 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 preferidos (PPO).
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios, excepto en casos de emergencia médica o lesión accidental.** Consulte las pautas que aparecen a continuación para obtener información adicional.
- Brindamos beneficios a los niveles de los beneficios preferidos para servicios del departamento de emergencias realizados por proveedores tanto PPO como no PPO cuando sus servicios están relacionados con una lesión accidental o una emergencia médica. La asignación del plan para estos servicios está determinada por el estado contractual del proveedor. Nota: Para obtener información sobre la asignación del plan, consulte la Sección 10, *Definiciones*. Si los servicios los brindan proveedores profesionales que no pertenecen a PPO en un centro de PPO, usted será responsable de su costo compartido por esos servicios. Para obtener más información, consulte la información sobre la NSA en la sección 4.
- El deducible por año calendario es de \$500 por persona (\$1,000 por inscripción de individuo más una persona o individuo y familia). Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.

¿Qué es una lesión accidental?

Una lesión accidental es una lesión causada por una fuerza o elemento externo como un golpe o una caída y que requiere atención médica inmediata, incluidas mordeduras de animales e intoxicaciones. (Consulte la sección 5[g] para obtener información sobre la atención dental en caso de lesiones accidentales).

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es la aparición repentina e inesperada de una afección o una lesión que usted cree que pone en peligro su vida o podría provocar una lesión o incapacidad grave y requiere atención médica o quirúrgica inmediata. Algunos problemas son emergencias porque, si no se tratan con prontitud, pueden volverse más graves. Algunos ejemplos son cortes profundos y huesos rotos. Otros casos son emergencias porque son potencialmente mortales, como ataques cardíacos, derrames cerebrales, envenenamientos, heridas de bala o una incapacidad repentina para respirar. Hay muchas otras afecciones agudas que podemos determinar que son emergencias médicas (todas estas tienen en común la necesidad de actuar rápidamente).

Le recomendamos que busque atención de proveedores preferidos en casos de lesión accidental o emergencia médica. Sin embargo, si necesita atención inmediata y no puede acceder a un proveedor preferido, le brindaremos beneficios para el tratamiento inicial brindado en la sala de emergencias de cualquier hospital, incluso si el hospital no es un centro preferido. También le brindaremos beneficios si ingresa directamente al hospital desde la sala de emergencias hasta que su afección se haya estabilizado. Además, brindaremos beneficios para el transporte de emergencia en ambulancia proporcionado por proveedores de ambulancia preferidos o no preferidos si el transporte se debe a una emergencia médica o una lesión accidental.

Proporcionamos beneficios de emergencia cuando usted tiene síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso), de manera que una persona prudente y con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata tuviera como resultado un grave peligro para la salud de la persona, o con respecto a una miembro embarazada, la salud de la miembro y del feto.

Descripción de beneficios	Usted paga
Nota: Para cada beneficio enumerado en esta sección, indicamos si aplica o no el deducible por año calendario.	
<p>Lesión accidental</p> <p>Cuando recibe atención por su lesión accidental dentro de las 72 horas posteriores a la lesión, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias o el departamento de pacientes ambulatorios del hospital, incluida atención profesional, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura un proveedor profesional • Servicios y suministros hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el hospital • Centros de atención de urgencia con autorización y permiso para proporcionar servicios y suministros de emergencia, incluidos servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el proveedor del centro de atención de urgencia <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para los beneficios. • El centro de atención de urgencia debe tener autorización y permiso para brindar servicios de emergencia para poder recibir protecciones bajo la NSA. Consulte la sección 4. • Consulte la sección 5(g) para conocer los beneficios dentales por lesión accidental. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: nada (sin deducible). Participante: no corresponde (sin deducible). No participante: nada (sin deducible). Centros no preferidos (afiliados/no afiliados):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiliado: nada (sin deducible). • No afiliado: nada (sin deducible). <p>Nota: Los beneficios descritos anteriormente se aplican solo si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas posteriores a ella. Para servicios recibidos después de las 72 horas, se aplican beneficios regulares. Consulte las secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer los beneficios que brindamos.</p>
<p>Servicios de proveedores profesionales en el consultorio del proveedor, incluidos estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura un proveedor profesional.</p>	<p>Preferido: nada (sin deducible). Participante: no corresponde (sin deducible). No participante: cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible). Nota: Los beneficios descritos anteriormente se aplican solo si recibe atención en relación con una lesión accidental y dentro de las 72 horas posteriores a ella. Para servicios recibidos después de las 72 horas, se aplican beneficios regulares. Consulte las secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer los beneficios que brindamos.</p>
<p>Cuando ingresa al hospital dentro de las 72 horas posteriores a una lesión accidental, su admisión como paciente hospitalizado y la atención profesional hospitalaria que recibe están cubiertas independientemente del estado de la red del hospital o del proveedor profesional.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección 5(a) para conocer los servicios profesionales para pacientes hospitalizados. • Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios asociados con una admisión de paciente hospitalizado. • Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para la cobertura. • Consulte la sección 4 para conocer sus protecciones contra la facturación de saldos de proveedores no participantes. • Para obtener más información sobre las excepciones de proveedores no participantes, consulte la sección 3. 	<p>30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). Nota: En determinadas circunstancias, usted puede ser responsable de cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado por la atención que recibe en centros que no son miembros. Consulte la sección 4 para obtener más información sobre sus protecciones contra la facturación de saldos de proveedores no participantes.</p>

Lesión accidental (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
Lesión accidental (cont.)	FEP Blue Focus
<p>Centros de atención de urgencia que no tienen autorización ni permiso para brindar servicios y suministros de emergencia, incluidos servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el proveedor</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: no corresponde (sin deducible). No preferido (participante y no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bucal con excepción de lo indicado en la sección 5(b). • Lesiones en los dientes producidas al comer. • Cargos profesionales de la sala de emergencias por diferencias de turno. 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Emergencia médica	FEP Blue Focus
<p>Servicios y suministros médicos o quirúrgicos para pacientes ambulatorios relacionados con una emergencia médica que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores profesionales en la sala de emergencias, incluida atención profesional, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura un proveedor profesional. • Servicios y suministros hospitalarios de salas de emergencia para pacientes ambulatorios, incluidos servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el hospital. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para los beneficios. • Si lo trata un proveedor profesional que no pertenece a PPO en un centro de PPO, su responsabilidad por la diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado puede estar limitada según la NSA. Consulte la sección 4 para obtener más información. • Pagamos beneficios para pacientes hospitalizados si usted es admitido como resultado de una emergencia médica. Consulte la sección 5(c). • Los niveles de beneficios regulares se aplican a los servicios cubiertos brindados en entornos distintos a la sala de emergencias. Consulte la sección 5(c) para conocer esos beneficios. 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). Proveedores profesionales no preferidos (participantes y no participantes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participante: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). • No participante: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiliado: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). • No afiliado: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).
<ul style="list-style-type: none"> • Centros de atención de urgencia con autorización y permiso para proporcionar servicios y suministros de emergencia, incluidos servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el proveedor, independientemente del estado de la red de proveedores <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El centro de atención de urgencia debe tener autorización y permiso para prestar servicios de emergencia para poder recibir protecciones bajo la NSA. Consulte la sección 4 para obtener más información. • Los beneficios por muletas, férulas, aparatos ortopédicos, etc., cuando los factura un proveedor que no sea el centro de atención de urgencia, se establecen en <i>DME</i>, en la sección 5(a). 	<p>Copago de \$25 por visita (sin deducible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Centros de atención de urgencia que no tienen autorización ni permiso para brindar servicios y suministros de emergencia, incluidos servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el proveedor <p>Nota: Los beneficios por muletas, férulas, aparatos ortopédicos, etc., cuando los factura un proveedor que no sea el centro de atención de urgencia, se establecen en <i>DME</i>, en la sección 5(a).</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: copago de \$25 por visita (sin deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Emergencia médica (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
Emergencia médica (cont.)	FEP Blue Focus
<i>Sin cobertura: Cargos profesionales de la sala de emergencias por diferencias de turno.</i>	<i>Todos los cargos</i>
Ambulancia	FEP Blue Focus
Consulte la sección 5(c) para obtener información completa sobre la cobertura y los beneficios de ambulancia.	Consulte la sección 5(c).

Sección 5(e): Beneficios de salud mental y en caso de trastornos por consumo de sustancias

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Si tiene una afección crónica aguda o compleja, puede ser elegible para recibir los servicios de un administrador de casos profesional para ayudarlo a evaluar, planificar y facilitar opciones de tratamiento y atención individualizadas. Para obtener más información sobre nuestro proceso de administración de casos, consulte la sección 5(h). Comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación si tiene alguna pregunta o desea hablar sobre sus necesidades de atención médica.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Además, lea la sección 9 para obtener información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Cada año, llevamos a cabo un análisis de los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento que se aplican a los beneficios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias de este plan de conformidad con la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones (la Ley) federal y las reglamentaciones de implementación de la Ley. Con base en los resultados de este análisis, podemos sugerir cambios a los beneficios del programa para la OPM. Más información sobre la Ley está disponible 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/>
<https://www.samhsa.gov/health-financing/implementation-mental-health-parity-addiction-equity-act>
- **DEBE OBTENER UNA CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ESTANCIAS EN UN HOSPITAL O EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL. DE LO CONTRARIO, RECIBIRÁ UNA MULTA DE \$500.** Consulte la información de certificación previa que figura en la sección 3.
- El deducible por año calendario es de \$500 por persona (\$1,000 por inscripción de Individual + 1 o Individual y familia). Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.
- **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.**
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros preferidos (PPO).
- Hay un copago de visita de \$10 por cada una de las primeras 10 visitas a un proveedor profesional por año calendario. Esto se aplica a un total combinado de afecciones médicas, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias.

Descripción de beneficios	Usted paga
Nota: Indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.	
Servicios profesionales	FEP Blue Focus
Cubrimos servicios profesionales prestados por proveedores de asistencia médica profesionales autorizados para el tratamiento de la salud mental y de trastornos por consumo de sustancias cuando actúan dentro del alcance de su licencia.	Sus responsabilidades de costos compartidos no son mayores que las de otras enfermedades o afecciones.

Servicios profesionales (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Servicios profesionales (cont.)</p> <p>Servicios prestados por proveedores de asistencia médica profesionales autorizados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias cuando actúan dentro del alcance de su licencia.</p> <p>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia de grupo • Administración farmacológica (medicación) • Visitas en el consultorio • Visitas a la clínica • Visitas a domicilio • Consultas telefónicas y servicios de evaluación y gestión médica en línea (telemedicina) <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos hasta 8 visitas por año en total para tratar la depresión asociada con el embarazo bajo los beneficios de maternidad (es decir, depresión durante el embarazo, depresión posparto o ambas) cuando utiliza un proveedor preferido. Consulte la sección 5(a). • Para localizar un proveedor preferido, visite fepblue.org/provider para utilizar nuestro buscador nacional de médicos y hospitales, o comuníquese con su plan local llamando al número de teléfono de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. • Consulte las secciones 5(a) y 5(f) para conocer nuestra cobertura de tratamiento para dejar de fumar y de consumir tabaco. <p>Cubrimos los servicios o suministros para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por centros de tratamiento residencial en los niveles mostrados aquí. Se requiere aprobación previa.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Preferido: copago de \$10 (sin deducible) por visita hasta un total combinado de 10 visitas por año calendario (beneficios combinados con las visitas de la sección 5[a]).</p> <p>Proveedor preferido, visitas después de la 10.^a visita: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Servicios profesionales de telesalud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería sobre salud conductual • Consejería sobre trastornos por consumo de sustancias <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Los copagos no se aplican a los afiliados con cobertura principal de Medicare Parte B. 	<p>Proveedor de telesalud preferido: no corresponde (sin deducible)</p> <p>No preferido (participante/no participante): Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios prestados por proveedores de asistencia médica profesionales autorizados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias cuando actúan dentro del alcance de su licencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de profesionales para pacientes hospitalizados • Cargos profesionales de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en un centro • Cargos profesionales de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios que incluyen pruebas psicológicas 	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): Usted paga todos los cargos</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Hospital u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios para pacientes hospitalizados para tratar trastornos de salud mental o por consumo de sustancias proporcionados y facturados por un hospital u otro centro cubierto (ver más abajo la atención en un centro de tratamiento residencial) incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y comida, como habitaciones semiprivadas o de terapia intensiva, atención de enfermería general, comidas y dietas especiales, y otros servicios de hospital • Pruebas diagnósticas <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención a pacientes hospitalizados para tratar trastornos por consumo de sustancias incluye alojamiento y comida y cargos accesorios por estancia en un hospital/centro de tratamiento para rehabilitación de alcoholismo o trastorno por consumo de sustancias. • Debe obtener una certificación previa para estancias en el hospital como paciente hospitalizado; de lo contrario, recibirá una multa de \$500. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): Usted paga todos los cargos</p>
<p>Centro de tratamiento residencial</p> <p>Se requiere una certificación previa antes de la admisión.</p> <p>Cubrimos la atención para pacientes hospitalizados proporcionada y facturada por un RTC si la atención es médicamente necesaria para el tratamiento de un trastorno médico, de salud mental o por consumo de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y comida, como habitación semiprivada, atención de enfermería, comidas, dietas especiales, cargos accesorios y servicios de terapia cubiertos cuando los factura el centro <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios de RTC no están disponibles en los centros matriculados como centro de enfermería especializada, hogar comunitario, hogar de transición o centro de tipo similar. • Los beneficios no están disponibles para los servicios no cubiertos, incluidos los siguientes: atención médica de relevo; programas residenciales al aire libre; servicios proporcionados fuera del alcance de práctica del proveedor; terapia recreativa; terapia educativa; clases educativas; biorretroalimentación; programas de Outward Bound; hipoterapia/equinoterapia proporcionada durante la estancia aprobada; artículos de comodidad personal, como comidas y camas para huéspedes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería; atención de cuidados básicos o a largo plazo (ver <i>Definiciones</i>); y atención domiciliaria proporcionada debido a que la atención en el hogar no está disponible o es inadecuada. • Para servicios en un centro de tratamiento residencial, ver la página siguiente. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): Usted paga todos los cargos</p>
<p>Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro cubierto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas • Psicoterapia de grupo • Psicoterapia individual • Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Hospitalización parcial • Administración farmacológica (medicación) • Pruebas psicológicas 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible)</p> <p>Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios (cont.)</p>	<p>FEP Blue Focus</p>
<p>Nota: Cubrimos los servicios o suministros para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por centros de tratamiento residencial en los niveles mostrados aquí. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, recibirá una multa de \$100.00. Consulte la sección 3.</p>	<p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible). Centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios educativos u otros servicios de consejería o capacitación</i> • <i>Servicios prestados por un proveedor no cubierto</i> • <i>Pruebas y tratamiento de discapacidades de aprendizaje e intelectuales</i> • <i>Servicios para pacientes hospitalizados prestados o facturados por centros de tratamiento residencial, excepto como se describe anteriormente en esta sección y en la sección 5(c)</i> • <i>Servicios prestados o facturados por escuelas, hogares de transición, hogares comunitarios o miembros de su personal</i> <p><i>Nota: Cubrimos los servicios profesionales como se describe en la sección 5(c) cuando los presta y factura un profesional cubierto que actúa dentro del alcance de su licencia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Psicoanálisis o psicoterapia acreditados para obtener un título o continuar la educación o la capacitación, independientemente del diagnóstico o los síntomas que se puedan presentar</i> • <i>Servicios prestados o facturados por campamentos terapéuticos residenciales (p. ej., campamentos terapéuticos, Outward Bound, etc.)</i> • <i>Cajas de luces</i> • <i>Atención de cuidados básicos o a largo plazo (ver Definiciones)</i> • <i>Gastos relacionados con permitir o mantener las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores, telecomunicaciones no interactivas, como el correo electrónico, o servicios de telesalud asíncronos de almacenamiento y transmisión</i> 	<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 de farmacia regular:

- Cubrimos medicamentos y suministros recetados, como se describe abajo y en las siguientes páginas, para los miembros inscritos en nuestro programa de medicamentos de farmacia regular.
- Si no existe ningún medicamento genérico disponible, deberá pagar el monto del costo compartido del medicamento de marca cuando reciba un medicamento de marca.
- Si existe un sustituto genérico disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, usted será responsable del costo compartido correspondiente más la diferencia en los costos del medicamento de marca y genérico.
- Si el costo de su medicamento recetado es menor que el monto del costo compartido, solo pagará el costo del 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 médicamente necesarios.
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables (autoadministrados) solo se otorgan cuando los suministra una farmacia según el beneficio de farmacia.
- Los beneficios para ciertos medicamentos de infusión para enfermedades autoinmunes (limitados a Remicade, Renflexis e Inflectra) tienen cobertura solo cuando se obtienen de un proveedor que no sea de farmacia, como un médico o centro (hospital o centro quirúrgico ambulatorio). Consulte *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección para obtener más información.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Además, lea la sección 9 para obtener información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Los precios de los medicamentos varían entre las diferentes farmacias minoristas y el Programa farmacias de medicamentos especializados. **Revise las opciones de compra de sus medicamentos recetados para obtener el mejor precio.** Existe una herramienta para calcular el costo de medicamentos disponible en fepblue.org o llamando al:
 - Programa de Farmacias Minoristas: 800-624-5060, TTY: 711
 - Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados: 888-346-3731, TTY: 711
- **DEBE OBTENER LA APROBACIÓN PREVIA PARA CIERTOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS, la cual se debe renovar periódicamente.** La aprobación previa es parte de nuestro Programa de Monitoreo de la Calidad y la Seguridad del Paciente (PSQM). Continúe leyendo para obtener más información sobre el programa de PSQM y consulte la sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa. Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia escalonada, en la cual se requiere que tome uno o más medicamentos genéricos o preferidos antes de que se cubra un medicamento no preferido.
- Durante el transcurso del año, podemos pasar un medicamento de marca de nivel 2 (medicamentos de marca preferidos, medicamentos especializados genéricos preferidos y medicamentos especializados de marca preferidos) a no cubierto si hay un medicamento genérico equivalente o biosimilar disponible o si surgen nuevas inquietudes de seguridad. Si su medicamento pasa a ser no cubierto, usted pagará el costo total del medicamento. Las reasignaciones de niveles durante el año no se consideran cambios de beneficios.
- Podría aplicarse una restricción de farmacia al uso clínicamente inadecuado de medicamentos con receta y suministros.
- **Debe utilizar las farmacias minoristas preferidas de FEP Blue Focus o el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados para recibir los beneficios.** Nuestra farmacia de medicamentos especializados es una farmacia preferida.
- No hay deducible por año calendario para el Programa de Farmacias Minoristas o el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados.
- El formulario de FEP Blue Focus contiene una lista completa de medicamentos de todas las categorías terapéuticas con dos excepciones: algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos. También podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando haya disponibles varios medicamentos genéricos equivalentes/alternativos.
- **El plan FEP Blue Focus del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield usa un formulario cerrado.**

Enviaremos a cada nuevo inscrito una tarjeta de identificación de FEP Blue Focus que cubre los beneficios médicos y de farmacia.

Hay características importantes que debe conocer. Entre ellas:

- **Quién puede hacer sus recetas.** Un médico o dentista matriculado en los EE. UU., Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., o en estados que lo permitan; un proveedor matriculado/certificado con facultad pertinente que recete dentro del alcance de su práctica debe hacer sus recetas. Consulte la sección 5(i) para medicamentos adquiridos en el extranjero.
- **Dónde puede obtener sus recetas.** Debe surtir las recetas únicamente en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados para recibir los beneficios. Consulte la sección 10 para ver la definición de “medicamentos especializados”. Para obtener información sobre las recetas surtidas en una farmacia minorista en el extranjero, consulte la sección 5(i).

CVS Caremark administra el Programa de Farmacias Minoristas. 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: Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, deberá pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo de reembolso ante el Programa de Farmacias Minoristas. Consulte la sección 7 para ver instrucciones sobre cómo presentar reclamos de medicamentos recetados.

CVS Caremark administra el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados.

Notas:

- El Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados no surtirá su receta hasta que haya obtenido la aprobación previa. CVS Caremark, el administrador del programa, retendrá su receta por hasta 30 días. Si no se obtiene la aprobación previa dentro de los 30 días, se le devolverá su receta junto con una carta que explica los procedimientos de aprobación previa.
- Las farmacias minoristas preferidas pueden ofrecer opciones de pedidos de medicamentos recetados en línea. Los medicamentos pedidos en línea se podrían entregar en su casa, y estos pedidos en línea son parte del Programa de medicamentos recetados minoristas.
- Debido a restricciones del fabricante, podría haber disponible una pequeña cantidad de medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones poco frecuentes o poco comunes a través de una farmacia minorista preferida. Consulte el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados en esta sección para obtener información sobre su parte del costo compartido para medicamentos especializados adquiridos en una farmacia minorista preferida que se vean afectados por estas restricciones.

- **Qué está cubierto.**
Usamos un formulario cerrado.

Si compra un medicamento que no está en el formulario, usted pagará el costo total.

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

Algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos. También podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando haya varios medicamentos genéricos equivalentes/alternativos disponibles. Si compra un medicamento, suplemento nutricional o suministro que no está cubierto, usted será responsable del costo total del artículo.

Notas:

- **Antes de surtir su receta, verifique la lista de medicamentos del formulario de FEP Blue Focus y la asignación de nivel del medicamento. Salvo los cambios derivados de nuevos medicamentos o problemas de seguridad, la lista de medicamentos preferidos se actualiza periódicamente durante el año y esto no se considera un cambio de beneficios.**
- El costo compartido del miembro para los medicamentos recetados se determina por el nivel que se le asignó a un medicamento. Para determinar las asignaciones de nivel de los medicamentos del formulario, trabajamos con nuestro Comité de Farmacia y Política Médica, un grupo de médicos y farmacéuticos que no son empleados ni agentes del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield, ni tienen interés financiero en él. El Comité se reúne cada tres meses para revisar los medicamentos nuevos y existentes a fin de ayudarnos en nuestra evaluación. Luego, se evalúa según el costo a los medicamentos que se determina que tienen un valor terapéutico equivalente y seguridad y eficacia similares. Las recomendaciones del Comité, junto con nuestra evaluación del costo relativo de los medicamentos, determinan la colocación de los medicamentos del formulario en un nivel específico. El uso de medicamentos genéricos preferidos de costo más bajo le proporcionará un beneficio de medicamentos con receta rentable y de alta calidad.

Su cooperación con nuestros esfuerzos de ahorro de costos ayuda a mantener la asequibilidad de su prima. Nuestros niveles de pago generalmente se categorizan de la siguiente manera:

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos obtenidos en una farmacia minorista preferida

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

Puede ver el formulario en nuestro sitio web en www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060 (TTY: 711) para obtener ayuda. Si no encuentra su medicamento en el formulario ni en la lista de medicamentos preferidos, llame al 800-624-5060. Los cambios en el formulario no se consideran cambios de beneficios.

Cualquier ahorro que recibamos de los fabricantes de medicamentos sobre el costo de los medicamentos adquiridos según este plan se acredita a las reservas mantenidas para este plan.

- **Equivalentes genéricos**

Los medicamentos equivalentes genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Al surtir sus recetas (o las de sus familiares cubiertos por este plan) en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados, usted autoriza al farmacéutico a sustituir cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la FDA de los EE. UU., a menos que usted o su médico solicite específicamente un medicamento de marca. Sin embargo, si existe un sustituto genérico disponible y usted o su proveedor solicitan un medicamento de marca, usted será responsable del costo compartido correspondiente más la diferencia en los costos del medicamento de marca y el genérico. Tenga en cuenta que los miembros de FEP Blue Focus **deben usar farmacias preferidas para recibir los beneficios**. Consulte la sección 10 para ver nuestra definición de alternativas genéricas y equivalentes genéricos.

- **Revelación de información.** Como parte de nuestra administración de beneficios de medicamentos con receta, podemos revelar información sobre su uso de medicamentos con receta, incluidos los nombres de los médicos que hacen sus recetas, a cualquier médico tratante o farmacia dispensadora.

- **Estas son las limitaciones de dispensación.**

Dependiendo del envase del fabricante y las instrucciones de su médico, usted puede comprar un suministro para hasta 30 días o un suministro para entre 31 y 90 días de medicamentos y suministros cubiertos a través del Programa de Farmacias Minoristas o un suministro para hasta 30 días a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados.

Notas:

- Ciertos medicamentos, como los narcóticos, pueden tener límites o requisitos adicionales según lo establecido por la FDA de los EE. UU. o por las directrices nacionales de práctica científica o médica (como las de los Centros para el Control de Enfermedades, la Asociación Médica Estadounidense, etc.) sobre las cantidades que una farmacia puede dispensar. Además, las prácticas de dispensación de las farmacias están reguladas por el estado en donde se encuentran y también pueden estar determinadas por la normativa de las farmacias individuales. Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se dispensan como los envasa originalmente el fabricante, y no podemos hacer cambios en la cantidad envasada ni abrir o dividir los envases para crear suministros para 30 y 90 días de esos medicamentos. **En la mayoría de los casos, no se pueden obtener resurtidos hasta que se haya usado el 75 % del medicamento con receta. Las sustancias controladas no se pueden resurtir hasta que se haya utilizado el 80 % del medicamento recetado.** Las sustancias controladas son medicamentos que pueden causar dependencia física y mental, y tienen restricciones sobre cómo se pueden surtir y resurtir. Están reguladas y clasificadas por la DEA (Administración de Control de Drogas) según la probabilidad de que causen dependencia. Llámenos o visite nuestro sitio web si tiene alguna pregunta sobre los límites de dispensación. Tenga en cuenta que, en caso de una emergencia nacional o de otro tipo, o si usted es reservista o miembro de la Guardia Nacional y es llamado al servicio militar activo, debe comunicarse con nosotros en relación con sus necesidades de medicamentos recetados.
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables (autoadministrados) solo se otorgan cuando los suministra una farmacia según el beneficio de farmacia. Se proporcionarán beneficios médicos para una dosis única de por vida por categoría terapéutica de medicamentos dispensados por su proveedor o por cualquier proveedor que no pertenezca al beneficio de farmacia. Esta limitación del beneficio no se aplica si su cobertura principal es Medicare Parte B.
- Los beneficios para ciertos medicamentos de infusión para enfermedades autoinmunes (Remicade, Renflexis e Inflectra) se proporcionan solo cuando se obtienen de un proveedor que no sea de farmacia, como un médico o centro (hospital o centro quirúrgico ambulatorio). Consulte *Medicamentos de otras fuentes* en esta sección para obtener más información.

Monitoreo de la Calidad y la Seguridad del Paciente (PSQM)

Tenemos un programa especial para promover la seguridad del paciente y monitorear la calidad de la atención médica. Nuestro Programa de Monitoreo de la Calidad y la Seguridad del Paciente (PSQM) presenta un conjunto de programas estrechamente alineados que están diseñados para promover el uso seguro y adecuado de los medicamentos. Entre los ejemplos de estos programas, se incluyen:

- **Aprobación previa:** como se describe a continuación, este programa requiere que se obtenga la aprobación para determinados medicamentos recetados y suministros antes de que le proporcionemos beneficios por ellos.
- **Controles de seguridad:** antes de surtir su receta, realizamos controles de calidad y seguridad para verificar las precauciones de uso, las interacciones entre medicamentos, la duplicación de medicamentos, el uso excesivo y la frecuencia de los resurtidos.
- **Asignaciones de cantidades:** las asignaciones específicas para varios medicamentos se basan en recomendaciones aprobadas por la FDA de los EE. UU., estándares nacionales científicos y generalmente aceptados de directrices de práctica médica (como los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, la Asociación Médica Estadounidense, etc.) y directrices de los fabricantes.

Para obtener más información sobre nuestro programa PSQM, incluidas las listas de medicamentos sujetas a aprobación previa o asignaciones de cantidades, 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 Monitoreo de la Calidad y la Seguridad del Paciente (PSQM) (consulte arriba), **debe asegurarse de que su médico obtenga la aprobación previa de ciertos medicamentos recetados y suministros para poder utilizar su cobertura de medicamentos recetados.** Al dar la aprobación previa, podemos limitar los beneficios a las cantidades recetadas de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica, dental o psiquiátrica en los EE. UU. Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia escalonada, en la cual se requiere que tome uno o más medicamentos genéricos o preferidos antes de que se cubra un medicamento no preferido. **La aprobación previa se debe renovar periódicamente.** Para obtener una lista de estos medicamentos y suministros y 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.

Notas:

- A lo largo del año, se realizan actualizaciones periódicas a la lista de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Se pueden agregar nuevos medicamentos y suministros a la lista, y los criterios de aprobación previa pueden cambiar. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.
- Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, deberá pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo de reembolso ante el Programa de Farmacias Minoristas. Consulte la sección 7 para ver instrucciones sobre cómo presentar reclamos de medicamentos con receta.
- Es su responsabilidad conocer la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa de su medicamento. Le recomendamos que trabaje con su médico para obtener la renovación de la aprobación previa antes de la fecha de vencimiento.

Alimentos médicos

Alimentos médicos, según la definición de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., son aquellos que se consumen o administran por vía enteral y están destinados al tratamiento dietético específico de una enfermedad o afección para la que existen requisitos nutricionales específicos.

El plan cubre las fórmulas de alimentos médicos y los productos de nutrición enteral que ordene un profesional de la salud y que sean médicamente necesarios para prevenir el deterioro clínico de los miembros en situación de riesgo nutricional.

Deben cumplir con la definición de alimentos médicos descrita en la sección 10.

Deben recibir supervisión médica activa, regular y continua, y no debe ser posible controlar la afección únicamente mediante la modificación de la dieta.

La cobertura es la siguiente:

- Errores congénitos del metabolismo de los aminoácidos.

- Alergia alimentaria con dermatitis atópica, síntomas gastrointestinales, mediación de inmunoglobulina E (IgE), trastorno de malabsorción, trastorno convulsivo, retraso del crecimiento o prematuridad, cuando se administra por vía oral y es la única fuente (100 %) de nutrición. Este beneficio único está limitado a un año a partir de la fecha de la receta inicial o del pedido del médico para el alimento médico (p. ej., Neocate, en forma de fórmula o polvos mezclados para convertirse en fórmulas).
- Alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran por catéter o sondas nasogástricas.

Notas:

- Se requiere receta y aprobación previa para los alimentos médicos proporcionados según el beneficio de farmacia. Para los errores congénitos del metabolismo y la alimentación por sonda se requiere renovar la autorización previa cada año de beneficio.
- Consulte la sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran por catéter o sonda nasogástrica de acuerdo con el beneficio médico.

A continuación, le indicamos cómo obtener sus medicamentos y suministros con receta:

- asegúrese de tener su tarjeta de identificación cuando esté listo para comprar su medicamento recetado;
- vaya a cualquier farmacia minorista preferida; o
- visite el sitio web de su farmacia minorista preferida para solicitar sus medicamentos recetados en línea y la entrega, si está disponible.

Descripción de beneficios	Usted paga
Nota: Para cada beneficio enumerado en esta sección, indicamos si aplica o no el deducible por año calendario.	
Medicamentos y suministros cubiertos	FEP Blue Focus
<p>Farmacias minoristas preferidas</p> <p>Medicamentos y suministros cubiertos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, vitaminas y minerales, y suplementos nutricionales que, por la ley federal de los EE. UU., requieren una receta para su compra. • Medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. • Medicamentos para la fertilización in vitro (FIV), limitados a 3 ciclos por año (se requiere aprobación previa). <p>Nota: Los medicamentos para la FIV se deben adquirir 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 para tratar la disforia de género (antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina [GnRH] y testosteronas). • Medicamentos recetados para tratar la obesidad (se requiere aprobación previa) • Alimentos médicos. • Insulina, tiras reactivas para diabéticos, lancetas y sistemas de administración de insulina sin tubos (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. • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Diafragmas y anillos anticonceptivos - Anticonceptivos inyectables - Dispositivos intrauterinos (DIU) - Anticonceptivos implantables - Anticonceptivos orales y transdérmicos 	<p>Medicamentos genéricos preferidos de nivel 1 obtenidos en farmacias minoristas preferidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible) • \$15 de copago por cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos</p> <p>Medicamentos de marca preferidos de nivel 2 obtenidos en farmacias minoristas preferidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible) • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible). <p>Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condonamos su parte del costo compartido de anticonceptivos genéricos y de anticonceptivos de marca que no tengan un equivalente genérico o una alternativa genérica, como se indica en cada clase terapéutica según los lineamientos de la HRSA, cuando se adquieran en una farmacia minorista preferida. Puede solicitar una excepción para cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido para el afiliado. Su proveedor deberá completar el formulario de excepción de anticonceptivos Contraceptive Exception Form disponible en la sección “Pharmacy Forms” (Formularios de farmacia) de nuestro sitio web en www.fepblue.org/claim-forms. Si tiene preguntas sobre el proceso de excepción, llame al 800-624-5060. Si tiene dificultades para acceder a la cobertura de medicamentos anticonceptivos o a otros servicios de salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov. • El reembolso de los anticonceptivos de venta libre cubiertos puede presentarse de conformidad con lo establecido en la sección 7. • Para conocer los beneficios adicionales de planificación familiar, consulte la sección 5(a). • Los beneficios para los medicamentos especializados del nivel 2 comprados en una farmacia minorista preferida se limitan a una compra de un suministro para hasta 30 días por cada receta dispensada. • Todos los resurtidos deben obtenerse a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados. • Cada vez que pida un nuevo medicamento especializado o un resurtido, un representante de una farmacia de medicamentos especializados trabajará con usted para concertar el horario y el lugar de entrega que le resulten más convenientes, y le preguntará sobre cualquier efecto secundario que pueda experimentar. Consulte la sección 7 para obtener más detalles sobre el programa. • Cubrimos medicamentos especializados que figuran en la Lista de medicamentos especializados de FEP Blue Focus. Esta lista está sujeta a cambios. Para obtener la lista más actualizada, llame al número de teléfono que aparece a continuación o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org. (Consulte la sección 10 para ver la definición de “medicamentos especializados”). 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Medicamentos especializados preferidos (genéricos y de marca) obtenidos en farmacias minoristas preferidas y a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • Si se debe dispensar un suministro de un medicamento especializado para 31 a 90 días debido al envase del fabricante, usted paga el 40 % de la asignación del plan (hasta un máximo de \$1,050) por cada compra (sin deducible). <p>Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos</p>

Consulte la página 96 y siguientes para conocer los beneficios de farmacia adicionales para todos los afiliados elegibles.

Sección 5(f)(a): Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Estos beneficios de medicamentos recetados son para los afiliados inscritos en nuestro Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare Parte D.
- Los miembros cuya cobertura principal sea de Medicare Parte A o Parte B son elegibles para recibir los beneficios del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP.
- Para obtener información adicional sobre quién es elegible para este programa y cuándo, o para presentar su reclamo, visítenos en www.fepblue.org/medicarerx
- Si usted es un pensionado del Servicio Postal y su familiar elegible para Medicare cubierto, se lo inscribirá automáticamente en nuestro EGWP del PDP. Si desea más información, comuníquese con nosotros al 888-338-7737.

Nota: Notifíquenos lo antes posible si usted o su familiar elegible ya está inscrito en un plan de Medicare Parte D. La inscripción en nuestro Plan de Medicamentos Recetados del FEP cancelará su inscripción en otro plan de Medicare Parte D.

Estar inscrito en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP tiene sus ventajas:

- En nuestro EGWP del PDP, el costo compartido de los medicamentos y suministros cubiertos será igual o mejor que el costo compartido para las personas inscritas en nuestro Programa de Medicamentos Recetados estándar del EGWP que no es del PDP.
- Es posible que proporcionemos cobertura adicional para medicamentos recetados que no estén incluidos en su Medicare Parte D. Para obtener más información sobre su parte del costo o sobre qué medicamentos recetados pueden o no estar cubiertos, llame al 888-338-7737, TTY 711.
- No hay deducible por año calendario para medicamentos adquiridos conforme a este programa.
- Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte B o Parte D, según la afección que se esté tratando.
- Si el costo de su artículo recetado es menor que el monto del costo compartido, solo pagará el costo del artículo recetado.
- En nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP, usted tiene una red de farmacias. Debe ir a una farmacia de la red para obtener los medicamentos recetados que estarán cubiertos. Si no puede ir a una farmacia de la red en ciertas situaciones, como durante una emergencia, puede pagar sus medicamentos recetados y solicitar un reembolso.
- Los precios de los medicamentos varían entre las diferentes farmacias de nuestra red. **Revise las opciones de compra de sus medicamentos con receta para obtener el mejor precio.** Podrá encontrar una herramienta de costos de medicamentos en www.fepblue.org/medicarerx o llamando al 888-338-7737 (TTY: 711).

Cubrimos los medicamentos y suministros recetados como se describe a continuación y en las siguientes páginas.

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- El formulario de FEP Blue Focus contiene una lista completa de medicamentos en todas las categorías terapéuticas con dos excepciones: algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no tienen cobertura; y también podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando haya varios medicamentos genéricos equivalentes/alternativos disponibles.
- **El plan FEP Blue Focus del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield usa un formulario cerrado.**
- Durante el transcurso del año, podemos mover un medicamento de marca del Nivel 2 (marca preferida) al Nivel 3 (marca no preferida) si hay un equivalente genérico disponible o si hay nuevos problemas de seguridad. Si su medicamento se traslada a un nivel superior, su costo compartido aumentará. Si su medicamento pasa a ser no cubierto, usted pagará el costo total del medicamento. Las reasignaciones de niveles durante el año no se consideran cambios de beneficios.
- Si no existe ningún medicamento genérico disponible, deberá pagar el monto del costo compartido del medicamento de marca cuando compre un medicamento de marca.

- **USTED O SU MÉDICO DEBEN OBTENER APROBACIÓN PREVIA PARA CIERTOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS, y la aprobación previa debe renovarse periódicamente.** Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia escalonada, en la cual se requiere que tome uno o más medicamentos genéricos o preferidos antes de que se cubra un medicamento no preferido.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Además, lea la sección 9 para obtener información sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura.
- Si decide no participar o cancelar su inscripción en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP, consulte la sección 9 para obtener información adicional sobre el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP y sobre nuestro proceso de exclusión y cancelación de la inscripción. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda con el proceso de exclusión y cancelación de la inscripción en el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP al (888) 338-7737.
- Se puede aplicar una restricción a las recetas de medicamentos y suministros cuando hay un uso indebido.
- Los miembros inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP no tienen cobertura para medicamentos obtenidos o comprados en el extranjero.
- La ley federal impide que la farmacia acepte medicamentos y suministros sin usar.

Advertencia: Si decide no participar o cancelar su inscripción en nuestro EGWP del PDP, no tendrá ninguna cobertura de medicamentos recetados del Programa de PSHB.

Nota: Si decide no participar o cancelar su inscripción en nuestro EGWP del PDP, su prima no se reducirá y es posible que tenga que esperar para volver a inscribirse durante la temporada abierta o para un QLE. Si no mantiene una cobertura acreditable, la reinscripción en nuestro EGWP del PDP puede estar sujeta a una penalización por inscripción tardía. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda con el proceso de exclusión y cancelación de la inscripción en el EGWP del PDP.

Enviaremos a cada nuevo afiliado una tarjeta de identificación del plan que cubre los beneficios médicos y de farmacia. Cada nuevo afiliado tiene acceso a nuestra Evidencia de Cobertura del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP, el Resumen de Beneficios, el Aviso Anual de Cambio y otros recursos en www.fepblue.org/medicarerx/resources.

Hay factores importantes que debe conocer. Entre ellos:

- **Quién puede hacer sus recetas.** Un médico o dentista con licencia en los EE. UU., Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., y en los estados que lo permiten; los proveedores con licencia/certificación con facultad pertinente para recetar dentro de su ámbito de práctica deben recetar su medicamento. Los profesionales médicos que emitan sus recetas deben tener la facultad pertinente aprobada por Medicare.
- **Dónde puede obtener medicamentos recetados.**

Puede surtir recetas en una farmacia que participe en nuestra red nacional. La red incluye farmacias minoristas y farmacias especializadas. También puede obtener su medicamento en una farmacia de atención a largo plazo cuando su atención se lleva a cabo en un centro de atención a largo plazo. En su paquete de inscripción, recibirá información sobre cómo obtener una copia del directorio de farmacias, en el que se enumeran todas las farmacias que participan en nuestra red. También puede visitar nuestra página web, www.fepblue.org/medicarerx/resources, para obtener la lista completa.

Las farmacias minoristas de la red pueden ofrecer opciones de pedidos de medicamentos con receta en línea. Los medicamentos pedidos en línea se podrían entregar en su casa, y estos pedidos en línea son parte del Programa de Medicamentos Recetados descrito en esta sección.

- **Tenemos un formulario controlado.** Su proveedor puede recetar medicamentos que están sujetos a una revisión adicional para determinar que son médicamente necesarios. Puede ver nuestro formulario de FEP Blue Focus en nuestro sitio web, www.fepblue.org, o llamarnos al 800-624-5060 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Usamos un formulario cerrado.

Si compra un medicamento que no está en el formulario, usted pagará el costo total.

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

Algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos. También podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando haya varios medicamentos genéricos equivalentes/alternativos disponibles. Si compra un medicamento, suplemento nutricional o suministro que no está cubierto, usted será responsable del costo total del artículo.

Notas:

- **Antes de surtir su receta, verifique la lista de medicamentos del formulario de FEP Blue Focus y la asignación de nivel del medicamento. Salvo los cambios derivados de nuevos medicamentos o problemas de seguridad, la lista de medicamentos preferidos se actualiza periódicamente durante el año y esto no se considera un cambio de beneficios.**
- El costo compartido del miembro para los medicamentos con receta se determina según el nivel que se le asignó a un medicamento. Con la finalidad de determinar las asignaciones de niveles para los medicamentos del formulario, trabajamos con el Comité Nacional de Farmacia y Terapias de CVS Caremark, un grupo de médicos y farmacéuticos que no son empleados ni agentes del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield, ni tienen interés financiero en él. El Comité se reúne cada tres meses para revisar los medicamentos nuevos y existentes a fin de ayudarnos en nuestra evaluación. Luego, se evalúa según el costo a los medicamentos que se determina que tienen un valor terapéutico equivalente y seguridad y eficacia similares. Las recomendaciones del Comité, junto con nuestra evaluación del costo relativo de los medicamentos, determinan la colocación de los medicamentos del formulario en un nivel específico. El uso de medicamentos genéricos preferidos de costo más bajo le proporcionará un beneficio de medicamentos con receta rentable y de alta calidad.

Su cooperación con nuestros esfuerzos de ahorro de costos ayuda a mantener la asequibilidad de su prima. Nuestros niveles de pago generalmente se categorizan 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.

Los cambios en el formulario no se consideran cambios de beneficios.

Cualquier ahorro que recibamos de los fabricantes de medicamentos sobre los costos de los medicamentos adquiridos según este plan se acredita a las reservas establecidas para este plan.

• **Estas son las limitaciones de dispensación.**

Sujeto al empaque del fabricante y a las instrucciones de su médico, puede comprar un suministro para hasta 90 días de medicamentos y suministros cubiertos a través de la red de farmacias.

Notas:

- Ciertos medicamentos, como los narcóticos, pueden tener límites o requisitos adicionales según lo establecido por la FDA de los EE. UU. o por las directrices nacionales de práctica científica o médica (como las de los Centros para el Control de Enfermedades, la Asociación Médica Estadounidense, etc.) sobre las cantidades que una farmacia puede dispensar. Además, las prácticas de dispensación de las farmacias están reguladas por el estado en donde se encuentran y también pueden estar determinadas por la normativa de las farmacias individuales. Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se dispensan como los envasa originalmente el fabricante, y no podemos hacer cambios en la cantidad envasada ni abrir o dividir los envases para crear suministros para 30 y 90 días de esos medicamentos. **En la mayoría de los casos, no se pueden obtener resurtidos hasta que se haya usado el 75 % del medicamento con receta.** Las sustancias controladas no se pueden resurtir hasta que se haya usado el 80 % del medicamento con receta. Las sustancias controladas son medicamentos que pueden causar dependencia física y mental, y se aplican restricciones sobre cómo se pueden surtir y resurtir. Están reguladas y clasificadas por la DEA (Administración de Control de Drogas) según la probabilidad de que causen dependencia. Llámenos o visite nuestro sitio web si tiene alguna pregunta sobre los límites de dispensación. Tenga en cuenta que, en caso de una emergencia nacional o de otro tipo, o si usted es reservista o miembro de la Guardia Nacional y es llamado al servicio militar activo, debe comunicarse con nosotros en relación con sus necesidades de medicamentos con receta.

• **Es posible que requiramos la aprobación previa para un medicamento en el formulario (o cuando necesite un medicamento que no esté incluido en el formulario).**

Debe asegurarse de que su médico obtenga la aprobación previa para ciertos medicamentos y suministros con receta a fin de poder usar su cobertura de medicamentos con receta. Al dar la aprobación previa, podemos limitar los beneficios a las cantidades recetadas de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica, dental o psiquiátrica en los EE. UU. Nuestro proceso de aprobación previa puede incluir terapia escalonada, en la cual se requiere que tome uno o más medicamentos genéricos o preferidos antes de que se cubra un medicamento no preferido. **La aprobación previa se debe renovar periódicamente.** Para obtener una lista de estos medicamentos y suministros, y obtener formularios de solicitud de aprobación previa, llame al Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP al 888-338-7737 o al TTY 711. También puede obtener la lista de formularios a través de nuestro sitio web, www.fepblue.org. Lea la sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.

Notas:

- A lo largo del año, se realizan actualizaciones periódicas a la lista de medicamentos y suministros que requieren aprobación previa. Se pueden agregar nuevos medicamentos y suministros a la lista, y los criterios de aprobación previa pueden cambiar. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.
 - Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, deberá pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo de reembolso ante el Programa de Farmacias Minoristas. Consulte la sección 7 para ver instrucciones sobre cómo presentar reclamos de medicamentos con receta.
 - Es su responsabilidad conocer la fecha de vencimiento de la autorización de aprobación previa de su medicamento. Le recomendamos trabajar con su médico para obtener la renovación de la aprobación previa antes de la fecha de vencimiento.
-
- **Se dispensará un equivalente genérico si está disponible**, a menos que su médico requiera específicamente un medicamento de marca. Si recibe un medicamento de marca cuando hay disponible un medicamento genérico aprobado por la FDA y su médico no ha especificado “Dispensar como se receta” para el medicamento de marca, tiene que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.
 - **Por qué usar medicamentos genéricos.** Los medicamentos equivalentes genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Al surtir sus recetas (o las de sus familiares cubiertos por este plan) en una farmacia minorista preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados, usted autoriza al farmacéutico a sustituir cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la FDA de los EE. UU., a menos que usted o su médico soliciten específicamente un medicamento de marca. Tenga en cuenta que los miembros de FEP Blue Focus **deben usar farmacias de la red para recibir los beneficios**. Consulte la sección 10 para ver nuestras definiciones de medicamentos alternativos genéricos y equivalentes genéricos.
-
- **Cómo obtener sus medicamentos y suministros recetados:**
 - Asegúrese de tener su tarjeta de identificación cuando esté listo para comprar su artículo recetado.
 - Vaya a una farmacia de la red.
 - Como alternativa, visite el sitio web de su farmacia minorista para solicitar sus artículos recetados en línea y su entrega, si este servicio está disponible.

Alimentos médicos

Alimentos médicos, según la definición de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., son aquellos que se consumen o administran por vía enteral y están destinados al tratamiento dietético específico de una enfermedad o afección para la que existen requisitos nutricionales específicos.

El plan cubre las fórmulas de alimentos médicos y los productos de nutrición enteral que ordene un profesional de la salud y que sean médicamente necesarios para prevenir el deterioro clínico de los miembros en situación de riesgo nutricional.

Deben cumplir con la definición de alimentos médicos descrita en la sección 10.

Deben recibir supervisión médica activa, regular y continua, y no debe ser posible controlar la afección únicamente mediante la modificación de la dieta.

La cobertura es la siguiente:

- Errores congénitos del metabolismo de los aminoácidos.
- Alergia alimentaria con dermatitis atópica, síntomas gastrointestinales, mediación de inmunoglobulina E (IgE), trastorno de malabsorción, trastorno convulsivo, retraso del crecimiento o prematuridad, cuando se administra por vía oral y es la única fuente (100 %) de nutrición. Este beneficio único está limitado a un año a partir de la fecha de la receta inicial o del pedido del médico para el alimento médico (p. ej., Neocate, en forma de fórmula o polvos mezclados para convertirse en fórmulas).
- Alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran por catéter o sondas nasogástricas.

Notas:

- Se requiere una receta médica para los alimentos médicos proporcionados según el beneficio de farmacia.
- Consulte la sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran por catéter o sonda nasogástrica de acuerdo con el beneficio médico.

- **Divulgación de información.** Como parte de nuestra administración de beneficios de medicamentos con receta, podemos revelar información sobre su uso de medicamentos con receta, incluidos los nombres de los médicos que hacen sus recetas, a cualquier médico tratante o farmacia dispensadora.

- **Información importante de contacto**

Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP 888-338-7737, TTY 711

- **Máximos ante catástrofes del EGWP del PDP**

Cada persona inscrita en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP tiene un máximo de gastos de bolsillo para la protección ante catástrofes independiente y más bajo para los medicamentos adquiridos mientras está cubierta por este programa.

Este máximo para catástrofes independiente es de \$2,000.

Este importe se acumula para el máximo de gastos de bolsillo de protección ante catástrofes descrito en la sección 4.

Descripción de beneficios	Usted paga
Nota: Para cada beneficio enumerado en esta sección, indicamos si aplica o no el deducible por año calendario.	
Medicamentos y suministros cubiertos	FEP Blue Focus
<p>Medicamentos y suministros cubiertos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, vitaminas y minerales, y suplementos nutricionales que, por la ley federal de los EE. UU., requieren una receta para su compra. • Medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. • Medicamentos para la fertilización in vitro (FIV): limitados a 3 ciclos por año <p>Nota: Los medicamentos para la FIV se deben adquirir 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 para tratar la disforia de género (antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina [GnRH] y testosteronas). • Medicamentos recetados para tratar la obesidad (se requiere aprobación previa) • Alimentos médicos. • Insulina, tiras reactivas para diabéticos, lancetas y sistemas de administración de insulina sin tubos (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. • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Diafragmas y anillos anticonceptivos - Anticonceptivos inyectables - Dispositivos intrauterinos (DIU) - Anticonceptivos implantables - Anticonceptivos orales y transdérmicos 	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible) • \$15 de copago por cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Nivel 4: Medicamentos especializados preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible)

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p>	<p>FEP Blue Focus</p>
<p>Nota: Condonamos su parte del costo compartido de las formas disponibles de anticonceptivos genéricos y de anticonceptivos de marca que no tengan un equivalente genérico o una alternativa genérica, como se indica en cada clase terapéutica según los lineamientos de la HRSA, cuando se adquieran en una farmacia minorista preferida. Puede solicitar una excepción para cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido para el afiliado. Su proveedor deberá completar el formulario de excepción de anticonceptivos Contraceptive Exception Form disponible en la sección “Pharmacy Forms” (Formularios de farmacia) de nuestro sitio web en www.fepblue.org/claim-forms. Si tiene preguntas sobre el proceso de excepción, llame al 800-624-5060. Si tiene dificultades para acceder a la cobertura de medicamentos anticonceptivos o a otros servicios de salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov.</p> <p>El reembolso de los anticonceptivos de venta libre cubiertos puede presentarse de conformidad con lo establecido en la sección 7.</p> <p>Nota: Para conocer los beneficios adicionales de planificación familiar, consulte la sección 5(a).</p>	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible) • \$15 de copago por cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible) <p>Nivel 4: Medicamentos especializados preferidos obtenidos en una farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % de la asignación del plan (hasta \$350 como máximo) para cada compra de un suministro para hasta 30 días (sin deducible). • 40 % de la asignación del plan (hasta \$1,050 como máximo) para cada compra de un suministro para entre 31 y 90 días (sin deducible)

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

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Nota: Para cada beneficio enumerado en esta sección, indicamos si aplica o no el deducible por año calendario.</p>	
Medicamentos y suministros cubiertos	FEP Blue Focus
<p>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC), limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Píldoras anticonceptivas de emergencia • Preservativos • Espermicidas • Esponjas <p>Nota: Proporcionamos beneficios completos para medicamentos y dispositivos anticonceptivos OTC cuando los anticonceptivos cumplen con los estándares de la FDA de los EE. UU. para productos OTC. Para recibir beneficios, debe usar una farmacia minorista preferida y presentarle al farmacéutico una receta hecha por su médico.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>
<p>Vacunas, cuando las proporciona una farmacia minorista preferida que participa en nuestra red de vacunas (ver a continuación) y se las administra de conformidad con la ley estatal aplicable y los requisitos de certificación de farmacia.</p> <p>Nota: Nuestra red de vacunas es una red de farmacias minoristas preferidas que tienen acuerdos con nosotros para administrar una o más vacunas de rutina. Consulte con su farmacia o llame a nuestro Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060 o al TTY 711 para consultar qué vacunas puede proveerle su farmacia.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada por las vacunas contra la influenza (gripe) recibidas en farmacias minoristas no preferidas.
<p>Programa de Medidores de Diabetes: no disponible para aquellas personas inscritas en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP</p> <p>Los miembros con diabetes pueden obtener un kit de medición de glucosa cada 365 días sin costo a través de nuestro Programa de Medidores de Diabetes. Para usar este programa, debe llamar al número de teléfono que figura a continuación y solicitar uno de los tipos de medidores elegibles. Los tipos de kits de medición de glucosa disponibles a través de nuestro programa están sujetos a cambios.</p> <p>Para solicitar su kit de medición de glucosa gratuito, llámenos sin costo al 855-582-2024, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m., hora del este, o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org. El kit de medición seleccionado se le enviará dentro de 7 a 10 días después de su solicitud.</p> <p>Nota: Comuníquese con su médico para obtener una nueva receta para las tiras reactivas y lancetas que usará con el nuevo medidor. Si compra tiras reactivas de marca en una farmacia minorista preferida, los beneficios para las tiras reactivas se proporcionarán en los niveles de pago de beneficios del nivel 2 (de marca preferida).</p>	<p>Ningún costo para un kit de medición de glucosa pedido a través de nuestro Programa de Medidores de Diabetes.</p> <p>Cuando se obtiene de cualquier otra fuente: usted paga todos los cargos.</p>
<p>Medicamentos para promover una mejor salud según lo recomendado en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (la “Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio”), limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad • Suplementos orales de flúor para niños de 6 meses a 5 años • Suplementos de ácido fólico, de 4 mg a 0.8 mg, para personas en condiciones de quedar embarazadas • Aspirina en dosis bajas (81 mg por día) para miembros embarazadas con riesgo de preeclampsia • Aspirina para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 50 a 79 años • Estatinas genéricas para reducir el colesterol 	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios no están disponibles para paracetamol, ibuprofeno, naproxeno, etc. • Los beneficios para estos medicamentos indicados más arriba están sujetos a las limitaciones de dispensación descritas anteriormente y se circunscriben a los límites prescritos recomendados. • Para recibir beneficios, debe usar una farmacia minorista preferida y presentar una receta hecha por su médico al farmacéutico. • Puede encontrar una lista completa de servicios de atención preventiva recomendados por el USPSTF en línea en www.healthcare.gov/preventive-care-benefits. Consulte las secciones 5(a) y 5(c) para obtener información sobre otros servicios de atención preventiva cubiertos. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>
<p>Medicamentos genéricos para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres de 35 años o más a las que no se les haya diagnosticado ninguna forma de cáncer de mama</p> <p>Nota: Su médico debe enviar un Formulario de solicitud de cobertura completado a CVS Caremark antes de que usted reciba los medicamentos con receta. Llame a CVS Caremark al 800-624-5060 o al TTY 711 para solicitar este formulario. También puede obtener el formulario de solicitud de cobertura en nuestro sitio web, www.fepblue.org. Esto no es obligatorio si usted tiene cobertura de nuestro Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>
<p>Cubrimos la primera receta surtida para ciertos medicamentos de preparación intestinal para exámenes de cáncer colorrectal sin ningún costo compartido para el miembro. Además, cubrimos ciertos medicamentos de terapia antirretroviral para el VIH para las personas en riesgo que no tienen VIH. Puede ver la lista de medicamentos cubiertos en nuestro sitio web, www.fepblue.org, o llamar al 800-624-5060 o al TTY 711 para obtener ayuda.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>
<p>Agentes que revierten sobredosis de opioides: Medicamentos del nivel 1, incluida la naloxona genérica en aerosol nasal e inyectable</p> <p>Para obtener más información, consulte las directrices de la FDA en https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-during-opioid-overdose o llame a la línea nacional de ayuda de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) al 1-800-662-HELP (4357) o visite https://www.findtreatment.samhsa.gov/.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: nada por la compra de un suministro para 90 días por año calendario (sin deducible)</p> <p>Nota: Una vez que haya comprado cantidades de estos medicamentos en un año calendario que equivalgan a un suministro para 90 días combinado, todas las recetas del nivel 1 surtidas posteriormente estarán sujetas al costo compartido correspondiente.</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco</p> <p>Si usted es un miembro cubierto, puede ser elegible para obtener, sin costo alguno, medicamentos específicos con receta, genéricos y de marca, para dejar de fumar y de consumir tabaco. Además, es posible que sea elegible para obtener medicamentos de venta libre (OTC) para dejar de fumar y de consumir tabaco, recetados por su médico, sin costo alguno. Estos beneficios solo están disponibles si hace su compra en una farmacia minorista preferida. El Plan para Dejar de Fumar no es obligatorio para las personas con cobertura del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP.</p> <p>Nota: Puede haber restricciones de edad según las directrices de la FDA de los EE. UU. para estos medicamentos.</p> <p>Los siguientes medicamentos están cubiertos a través de este programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos disponibles con receta: <ul style="list-style-type: none"> - Bupropion ER tableta de 150 mg - Bupropión SR, comprimido de 150 mg - Vareniclina, tabletas de 5 mg - Vareniclina tabletas de 1 mg - Paquete de inicio de Vareniclina • Medicamentos de marca disponibles con receta: <ul style="list-style-type: none"> - Nicotrol en inhalador con cartucho - Nicotrol en aerosol NS 10 mg/ml • Medicamentos de venta libre (OTC) <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A fin de recibir beneficios de medicamentos de venta libre (OTC) para dejar de fumar y de consumir tabaco, debe tener una receta médica por cada medicamento OTC que debe ser surtido por un farmacéutico en una farmacia minorista preferida. • Se aplicarán beneficios regulares de medicamentos con receta a las compras de medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco que no cumplan con estos criterios. No hay beneficios disponibles para medicamentos OTC para dejar de fumar y de consumir tabaco, excepto según lo descrito anteriormente. • Consulte la sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de tratamiento, asesoría y clases para dejar de fumar y consumir tabaco. 	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Farmacia minorista preferida: nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: usted paga todos los cargos.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos y suministros comprados en una farmacia no preferida.</i> • <i>Suministros médicos, como vendajes y antisépticos.</i> • <i>Medicamentos y suministros para fines cosméticos.</i> • <i>Suministros para perder peso.</i> • <i>Medicamentos para atención odontológica, implantes dentales y enfermedades periodontales.</i> • <i>Medicamentos usados en conjunto con tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, ART) y procedimientos de inseminación asistida no cubiertos.</i> • <i>Medicamentos usados en conjunto con procedimientos de FIV que superan el límite de 3 cubiertos por cada ciclo anual descrito en esta sección.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p>	<p>FEP Blue Focus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Suministros de insulina y para la diabetes, excepto cuando se obtienen en una farmacia minorista preferida o cuando su cobertura principal es Medicare Parte B o usted está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(a).</i> • <i>Medicamentos y suplementos nutricionales tomados por vía oral que no requieren una receta según la ley federal, incluso si su médico los receta o si se requiere una receta según la ley de su estado.</i> <i>Nota: Consulte los beneficios anteriores de esta sección para ver nuestra cobertura de medicamentos recomendados según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio y de medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco.</i> • <i>Los alimentos médicos administrados por vía oral no están cubiertos si no se obtienen en una farmacia minorista preferida.</i> <i>Nota: Consulte la sección 5(a) para ver nuestra cobertura de alimentos médicos cuando se administran por catéter o tubo nasogástrico.</i> • <i>Productos y alimentos que no son fórmulas líquidas ni polvos para mezclar que se convierten en fórmulas; alimentos y fórmulas inmediatamente disponibles en tiendas minoristas y comercializados para personas sin afecciones médicas; alimentos modificados bajos en proteína (p. ej., pastas, panes, arroz, salsas y premezclas para hornear); suplementos nutricionales; productos energéticos, y artículos similares</i> <i>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran mediante catéter o sonda nasogástrica.</i> • <i>Fórmula para bebés que no sean los productos descritos anteriormente en esta sección y en la sección 5(a).</i> • <i>Medicamentos no enumerados en el formulario ni en la lista de medicamentos preferidos.</i> • <i>Opioides de marca.</i> • <i>Remicade, Renflexis e Inflectra no están cubiertos para las recetas surtidas en una farmacia minorista preferida ni a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados.</i> • <i>Medicamentos para los cuales se ha denegado o no se ha obtenido la aprobación previa.</i> • <i>Medicamentos y suministros relacionados con la disfunción o la insuficiencia sexuales.</i> • <i>Medicamentos y suministros cubiertos relacionados con medicamentos para el tratamiento de la disforia de género, si no se obtienen en una farmacia minorista preferida o en el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados según se describió anteriormente en esta sección.</i> • <i>Medicamentos comprados a través de correo o Internet en farmacias dentro o fuera de los EE. UU. por miembros que se encuentran en los EE. UU.</i> • <i>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos OTC, excepto según lo descrito anteriormente en esta sección.</i> • <i>Medicamentos para poner fin al embarazo.</i> • <i>Medicamentos sublinguales de desensibilización de alergias, excepto según lo descrito en la sección 5(a).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos de otras fuentes</p> <p>Medicamentos y suministros con receta cubiertos no obtenidos en una farmacia minorista ni a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio médico: para obtener más información, consulte la sección 5(a). • Centro de atención (para pacientes hospitalizados o ambulatorios); para obtener más información, consulte la sección 5(c). • Agencia de cuidados paliativos: para obtener más información, consulte la sección 5(c). • Medicamentos obtenidos en un consultorio médico, centro para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o agencia de cuidados paliativos en el extranjero: consulte la sección 5(i). • Medicamentos y suministros cubiertos solo por el beneficio médico; consulte la cobertura de medicamentos inyectables para enfermedades autoinmunes a continuación. • Medicamentos con receta obtenidos en una farmacia minorista preferida que son facturados por un centro de enfermería especializada, un asilo o un centro de atención extendida descrito anteriormente en esta sección. <p>Nota: Se requiere aprobación previa para determinados medicamentos del beneficio médico que se presentarán en un reclamo médico de reembolso. Comuníquese al número de atención al cliente indicado en el reverso de su tarjeta de identificación o visítenos en www.fepblue.org/medicalbenefitdrugs para ver una lista de estos medicamentos. Consulte la sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.</p>	<p>FEP Blue Focus</p> <p>Centros y proveedores profesionales preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes) y centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>
<p>Para los miembros cubiertos por nuestro programa de medicamentos de farmacias tradicionales</p> <p>Medicamentos inyectables para enfermedades autoinmunes: Remicade, Renflexis e Inflectra</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios para ciertos medicamentos inyectables para enfermedades autoinmunes (limitados a Remicade, Renflexis e Inflectra) tienen cobertura solo cuando se obtienen de un proveedor que no sea una farmacia, como un médico o centro de atención (hospital o centro quirúrgico ambulatorio). • Los miembros cubiertos por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP pueden obtener estos medicamentos en virtud de sus beneficios de farmacia. 	<p>Centros y proveedores profesionales preferidos: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>Proveedores profesionales no preferidos (participantes/no participantes) y centros no preferidos (afiliados/no afiliados): usted paga todos los cargos.</p>

Sección 5(g): Beneficios dentales

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Si está inscrito en un plan dental del Programa de Seguro Dental/de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP), su plan de PSHB será el principal pagador de cualquier servicio cubierto, y su plan del FEDVIP será el pagador secundario a su plan de PSHB. Consulte la sección 9, *Coordinación de beneficios con Medicare y otras coberturas*, para obtener más información.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos por los servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funciona el costo compartido. Consulte también la sección 9 para informarse sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- El deducible por año calendario es de \$500 por persona (\$1,000 por inscripción de individuo más una persona o individuo y familia). Para cada beneficio enumerado en esta sección, indicamos si aplica o no el deducible por año calendario.
- **Usted debe acudir a los proveedores preferidos para recibir beneficios por lesiones dentales accidentales** y tratamiento 72 horas después del accidente. Los servicios cubiertos prestados más de 72 horas después de un accidente están sujetos al deducible y al coseguro.

Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Nota: Para cada beneficio enumerado en esta sección, indicamos si aplica o no el deducible por año calendario.</p>	
Beneficio por lesiones accidentales	FEP Blue Focus
<p>Brindamos beneficios para los servicios, suministros o aparatos dentales necesarios para reparar de manera rápida lesiones en dientes naturales sanos que se necesiten a causa de una lesión accidental y en relación directa con ella. A fin de determinar la cobertura de beneficios, podemos exigir la documentación de la condición de sus dientes antes de la lesión accidental, la documentación de la lesión de sus proveedores y el plan de tratamiento para su atención dental. Es posible que le solicitemos actualizaciones del plan de tratamiento a medida que avanza su tratamiento.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una lesión accidental es una lesión causada por una fuerza o un elemento externo, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata. Las lesiones dentales al comer no se consideran lesiones accidentales. • Un diente natural sano es un diente que está completo o restaurado adecuadamente (restauración con amalgama o rellenos a base de resina únicamente); que no tiene daños, periodontitis u otras afecciones; y que no necesita tratamiento por ninguna otra razón que una lesión por accidente. Para los fines de este plan, un diente que se haya restaurado previamente con una corona, una incrustación inlay u onlay o porcelana, o que haya sido tratado mediante endodoncia, no se considera un diente natural sano. • Brindamos beneficios de atención para lesiones dentales accidentales en casos de emergencia médica cuando son prestados por proveedores preferidos o no preferidos. Consulte la sección 5(d) para ver los criterios que aplicamos a fin de determinar si se requiere atención de emergencia. Usted es responsable del costo compartido aplicable que se muestra aquí. Si acude a un proveedor no preferido, es posible que también deba hacerse cargo de cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado. • Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos elegibles para los beneficios. 	<p>Tratamiento de una lesión dental accidental en un plazo de 72 horas:</p> <p>Preferido: nada (sin deducible)</p> <p>Proveedores profesionales no preferidos (participantes y no participantes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participante: no corresponde (sin deducible) • No participante: cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado (sin deducible) <p>Tratamiento después de las primeras 72 horas:</p> <p>Preferido: 30 % de la asignación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
Atención en un centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios	FEP Blue Focus
<p>Cubrimos la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como la anestesia administrada en el centro, en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para tratar a menores de hasta 22 años con caries dentales graves. • Cuando existe un impedimento físico no dental que hace que la hospitalización sea necesaria para proteger la salud del paciente (incluso si el procedimiento dental en sí mismo no está cubierto). 	<p>Consulte la sección 5(c) para ver los beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.</p>
<i>Sin cobertura: Atención dental de rutina.</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(h): Bienestar y otros servicios especiales

Servicio especial	Descripción
Health Tools	<p>Manténgase conectado con su salud y obtenga las respuestas que necesita cuando las necesita usando Health Tools las 24 horas del día, los 365 días del año. Visite www.fepblue.org o llame al número gratuito 888-258-3432 para echar un vistazo a estos valiosos servicios fáciles de usar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hable directamente con un profesional de enfermería registrado en cualquier momento del día o de la noche por teléfono, correo electrónico seguro o chat en vivo. Haga preguntas y reciba asesoría médica. Tenga en cuenta que los beneficios para cualquier servicio de atención médica que solicite mediante Health Tools están sujetos a los términos de su cobertura en virtud de este plan. • Historia médica personal: Acceda a su historia médica personal en línea de forma segura para obtener información, como los medicamentos que está tomando, los resultados de pruebas recientes y sus citas médicas. Actualice, guarde y controle la información relacionada con la salud en cualquier momento. • Evaluación de salud de Blue: Un cuestionario de salud y estilo de vida en línea (consulte a continuación). • Daily Habits: Controle su salud de manera proactiva fijando y administrando metas de salud, cree un plan de cuidado, haga un seguimiento de su progreso y realice actividades saludables. Daily Habits ofrece a los miembros una combinación de orientación, apoyo y recursos. • Health Topics y WebMD Videos ofrecen una amplia variedad de herramientas educativas con videos, mensajes grabados y materiales coloridos en línea que brindan información actualizada sobre una amplia gama 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 brindan acceso a TTY para que las personas con problemas de audición accedan a información y reciban respuestas a sus preguntas.</p>
Accesibilidad web para personas con discapacidad visual	<p>Nuestro sitio web, www.fepblue.org, cumple con los estándares de accesibilidad más recientes de la Sección 508 destinados a garantizar que los visitantes con problemas de visión puedan usar el sitio con facilidad.</p>
Beneficios de viaje/servicios en el extranjero	<p>Consulte la sección 5(i) para obtener información sobre beneficios y reclamos por la atención que reciba fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.</p>
Healthy Families	<p>Nuestro conjunto de recursos de Healthy Families está destinado a las 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, visite www.fepblue.org.</p>
Evaluación de salud de Blue	<p>El cuestionario de Evaluación de salud de Blue (BHA) es un programa de evaluación de salud en línea fácil e interesante que puede completarse en 10 a 20 minutos. Las respuestas de su BHA se evalúan para crear un plan médico de acción único. Según los resultados de su BHA, puede seleccionar metas personalizadas, recibir asesoría de apoyo y hacer un seguimiento fácil de su progreso mediante nuestra herramienta de orientación en línea, Daily Habits.</p> <p>Visite nuestro sitio web, www.fepblue.org, para obtener más información y completar la Evaluación de salud de Blue (BHA) de modo que pueda recibir sus resultados individualizados y empezar a trabajar hacia el logro de sus metas. Además, puede solicitar una BHA impresa llamando al número gratuito 888-258-3432.</p>
Programa de Control de la Hipertensión	<p>El Programa de Control de la Hipertensión ofrece a los miembros con hipertensión (también conocida como “presión arterial alta”) acceso a un monitor de presión arterial (BPM) gratuito para animarlos a tomar decisiones más saludables y reducir el riesgo de complicaciones por enfermedades cardíacas.</p>

	<p>Para calificar, debe ser el titular del contrato o el cónyuge cubierto (18 años o más) y tener al menos un reclamo médico procesado durante los últimos 12 meses en el que se informe de un diagnóstico de hipertensión o presión arterial alta. Si califica, recibirá una carta y se enviará un aviso a su cuenta de MyBlue (visite www.fepblue.org para configurar su cuenta) con instrucciones sobre cómo puede recibir un monitor de presión arterial de nuestra parte, sin costo alguno, si el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica incluye el monitoreo de la presión arterial en casa para su diagnóstico. Puede recibir este beneficio una vez cada dos años. Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono de atención al cliente indicado en el dorso de su tarjeta de identificación.</p> <p>El BPM debe recibirse a través de este programa. No hay beneficios de BPM disponibles para los miembros que no cumplan con los criterios o para los que reciban un BPM fuera de este programa. Para obtener más información, llámenos al número de teléfono indicado en el dorso de su tarjeta de identificación.</p>
<p>Servicio electrónico de atención al cliente MyBlue®</p>	<p>Visite el servicio electrónico de atención al cliente MyBlue en www.fepblue.org/myblue o use la aplicación móvil feblue para verificar el estado de sus reclamos, cambiar su dirección registrada, solicitar formularios de reclamo, solicitar una tarjeta de identificación y controlar su uso de los beneficios. Entre los servicios adicionales, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EOB en línea: Se lo inscribirá automáticamente en EOB en línea. Esto le permitirá ver, descargar e imprimir sus formularios de explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB). Solo debe ingresar a MyBlue a través de fepblue.org/myblue y hacer clic en “View My Claims” (Ver mis reclamos); desde allí, puede buscar reclamos y seleccionar el enlace “EOB” junto a cada reclamo para acceder a su Explicación de Beneficios (EOB). Si bien sus EOB suelen estar disponibles en línea, en algunos casos, recibirá una EOB impresa y un formulario para completar. Además, puede acceder a las EOB a través de la aplicación móvil feblue. Solo debe vincularse con MyBlue y hacer clic en “Claims” (Reclamos). • Optar por recibir EOB impresas: Si desea recibir EOB impresas, puede ingresar a la página de inicio de MyBlue, hacer clic en “Member Preferences” (Preferencias del miembro) desde la barra de navegación y activar la opción seleccionando “paper EOBs” (EOB impresas). • Mensajes personalizados: Nuestras EOB ofrecen una amplia gama de mensajes solo para usted y su familia, que varían desde oportunidades de cuidado preventivo hasta mejoras en nuestros servicios en línea. • Panel de control financiero: Inicie sesión en MyBlue para acceder a información importante en tiempo real, incluidos los deducibles, los gastos de bolsillo, las visitas a proveedores cubiertos restantes, los reclamos médicos y los reclamos de farmacia. También puede revisar su resumen de reclamos completados hasta la fecha y de gastos de farmacia a lo largo del año.
<p>Buscador nacional de médicos y hospitales</p>	<p>Visite www.fepblue.org/provider para acceder a nuestro buscador nacional de médicos y hospitales, y a otras listas nacionales de proveedores preferidos.</p>
<p>Programas de administración de la atención</p>	<p>Si tiene una enfermedad poco frecuente o crónica, o tiene necesidades de atención médica complejas, el Plan de beneficios de servicios ofrece dos tipos de programas de administración de la atención que brindan asistencia para coordinar su atención y ofrecen educación para los miembros y apoyo clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Administración de Casos ofrece a los miembros que tienen necesidades de atención médica complejas por enfermedades agudas o crónicas los servicios y la asistencia de un profesional médico licenciado con una certificación en administración de casos reconocida a nivel nacional. Los administradores de casos pueden ser un profesional de enfermería registrado, un trabajador social licenciado u otro profesional médico licenciado que ejerza dentro del alcance de su licencia, que 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 controlar el progreso del plan de tratamiento y las necesidades de atención médica del miembro. Algunos miembros pueden recibir orientación y apoyo clínico por una necesidad de atención médica aguda, mientras que otros pueden beneficiarse de la inscripción en un programa de administración de casos a corto plazo. La inscripción en la administración de casos requiere su consentimiento. Se les pide a los miembros que participen en la administración de casos que brinden su consentimiento verbal antes de la inscripción en el programa, y deben proporcionar su consentimiento por escrito para la administración de casos. • El Control de Enfermedades está diseñado para apoyar a los miembros que tienen diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca congestiva ayudándolos a adoptar hábitos de autocuidado eficaces para mejorar el automanejo de su afección. Si se le ha diagnosticado alguna de estas afecciones, podemos enviarle información sobre los programas disponibles para usted en su área.

	Si tiene alguna pregunta sobre estos programas (por ejemplo, si es elegible para la inscripción y para recibir ayuda con la inscripción), comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono de atención al cliente indicado en el dorso de su tarjeta de identificación.
Opción de beneficios flexibles	<p>En virtud del plan FEP Blue Focus del Plan de beneficios de servicios 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 de los planes locales ayudar a los miembros con ciertos problemas de salud complejos o crónicos coordinando planes de tratamiento complicados y otros tipos de planes complejos de atención de pacientes. A través de la opción de beneficios flexibles, los administradores de casos revisarán las necesidades de atención médica del miembro y podrán, a su entera discreción, identificar un plan de tratamiento alternativo menos costoso para el miembro. El miembro (o su representante de atención médica) y los proveedores deben cooperar en el proceso. Es necesario estar inscrito en el Programa de Administración de Casos 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 devolver 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 empezarán de inmediato y se le pedirá que firme un acuerdo de beneficios alternativos que incluye los términos señalados a continuación, además de cualquier otro término especificado en el acuerdo. Debemos recibir el consentimiento de administración de casos y el acuerdo de beneficios alternativos firmados por el miembro o su representante de atención médica antes de que reciba algún servicio incluido en el acuerdo de beneficios alternativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios alternativos estarán disponibles por un período de tiempo limitado y están sujetos a nuestra revisión continua. Usted debe cooperar con el proceso de revisión y participar en él. Su(s) proveedor(es) debe(n) presentar la información necesaria para nuestras revisiones. Usted y su representante de atención médica deben participar en reuniones sobre la atención y capacitación para cuidadores según lo solicitado por su(s) proveedor(es) o por nosotros. • Si descubrimos que la información que usted, su proveedor o cualquier otra persona involucrada en su cuidado nos proporcionó era engañosa o que no está cumpliendo con los términos del acuerdo, podemos revocar el acuerdo de beneficios alternativos de inmediato en cualquier momento. • Si aprobamos beneficios alternativos, no garantizamos que se extiendan más allá del período de tiempo limitado o del alcance del acuerdo de beneficios alternativos, ni que serán aprobados en el futuro. • La decisión de ofrecer beneficios alternativos es solo nuestra y, a menos que se especifique lo contrario en el acuerdo de beneficios alternativos, podemos, a nuestra entera discreción, suspender esos beneficios en cualquier momento y reanudar los beneficios del contrato regulares. • Nuestra decisión de ofrecer o suspender los beneficios alternativos no está sujeta a la revisión de la OPM conforme al proceso de reclamos disputados. <p>Si firma el acuerdo de beneficios alternativos, le daremos los beneficios alternativos acordados durante el período de tiempo indicado, a menos que la información que recibamos nos induzca a error o cambien las circunstancias. Los beneficios indicados en este folleto se aplicarán para todos los servicios y fechas de atención no incluidos en el acuerdo de beneficios alternativos. Usted o su proveedor pueden solicitar una ampliación del período inicialmente aprobado para obtener beneficios alternativos, a más tardar cinco días hábiles antes de la finalización de dicho acuerdo. Revisaremos la solicitud, incluidos los servicios propuestos como alternativa y sus costos, pero si no aprobamos su solicitud, se aplicarán los beneficios indicados en este folleto.</p> <p>Nota: Si denegamos una solicitud de certificación/aprobación previa de los beneficios del contrato regular, como se indica en este folleto, o si denegamos los beneficios del contrato regular por servicios que ya recibió, usted puede cuestionar nuestra denegación de beneficios del contrato regular según el proceso de disputa de reclamos de la OPM (consulte la sección 8).</p>
Servicios de telesalud	<p>Visite www.fepblue.org/telehealth o llame al 855-636-1579 (TTY: 711) (línea gratis) para acceder a atención a pedido, a bajo precio y de alta calidad para adultos y niños que tienen problemas médicos que no son de emergencia, incluido el tratamiento de afecciones agudas menores, atención dermatológica, consejería sobre salud mental y trastorno por uso de sustancias, y consejería nutricional.</p> <p>Nota: Este beneficio está disponible únicamente a través de la red de proveedores de telesalud contratados.</p>

Servicio especial	Descripción
<p>Programa de Incentivos Físicos Anuales de Rutina</p>	<p>El Programa de incentivos físicos anuales de rutina recompensa a los miembros por recibir un examen físico anual de rutina. Este incentivo le permite recibir, sin costo alguno, una recompensa de incentivo de nuestro “centro comercial”. Para calificar, debe ser el titular del contrato o un cónyuge cubierto (mayor de 18 años), recibir un examen físico de rutina anual de un proveedor preferido y tener una cuenta MyBlue activa (visite www.fepblue.org para configurar su cuenta). Los miembros calificados recibirán una notificación a través de su cuenta MyBlue con instrucciones sobre cómo canjear este incentivo. Puede encontrar información adicional en nuestro sitio web, www.fepblue.org/fepbluefocus. Los afiliados de FEP Blue Focus también pueden llamar al 800-411-BLUE (2583) si tienen consultas relacionadas con este programa de incentivos.</p> <p>Nota: Para recibir este beneficio, debe haber tenido su examen físico anual a más tardar el 31 de diciembre de 2025 y debe solicitar el incentivo antes del 31 de diciembre de 2026. Dedique el tiempo suficiente para completar todas las actividades antes de esta fecha. Si estas actividades no se completan en las fechas indicadas arriba, se perderá el incentivo. Es posible que se apliquen limitaciones de disponibilidad y envío del producto. El envío internacional no está disponible.</p>
<p>Aplicación móvil fepblue</p>	<p>La aplicación móvil fepblue de Blue Cross and Blue Shield está disponible para su descarga en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación da a los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a funciones, herramientas e información útiles relacionadas con los beneficios de FEP Blue Focus del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña de MyBlue® para acceder a su información personal de atención médica, como beneficios, gastos de desembolso, deducibles (si corresponde) y límites de visitas al médico. También pueden ver sus reclamos y el estado de aprobación, ver o compartir la Explicación de Beneficios (EOB), ver o compartir tarjetas de identificación de miembros, encontrar proveedores preferidos y conectarse con nuestros servicios de telesalud.</p>

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

Si viaja o vive fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., de igual manera tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. A menos que en esta sección se indique lo contrario, también se aplican las mismas definiciones, limitaciones y exclusiones. No están cubiertos los costos asociados con la repatriación desde una ubicación internacional para regresar a los EE. UU. Consulte la sección 10 para obtener una definición de repatriación. Consulte más adelante en esta sección la información que necesitamos para procesar los reclamos del extranjero. Es posible que le solicitemos que nos dé registros médicos completos por parte de su proveedor para respaldar su reclamo. Si planea recibir servicios de atención médica en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los EE. UU., su reclamo debe incluir documentación de una exención gubernamental según la OFAC que autorice la atención en ese país.

Tenga en cuenta que los requisitos para obtener una certificación previa para la atención a pacientes hospitalizados y la aprobación previa para los servicios enumerados en la sección 3 no se aplican cuando recibe atención en el extranjero, con la excepción de los ingresos para cirugías de afirmación de género (consulte la sección 3 para más información) y los ingresos en centros de tratamiento residencial. Se requiere aprobación previa para todos los servicios de transporte en ambulancia aérea que no sean de emergencia para miembros en el extranjero (consulte la sección 5(c) para más información). Las protecciones ofrecidas en virtud de la NSA (consulte la sección 4) no se aplican a reclamos del extranjero. Los afiliados inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP 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	<p>Contamos con una red de hospitales participantes en el extranjero que presentarán sus reclamos de atención para pacientes hospitalizados por usted, sin necesidad de pagar por adelantado los servicios cubiertos que reciba. También tenemos una red de proveedores profesionales que han acordado aceptar un monto negociado como pago total por sus servicios. El Centro de asistencia en el extranjero puede ayudarle a encontrar un hospital o médico de nuestra red cerca de donde se está hospedando. También puede ver una lista de los proveedores pertenecientes a la red en nuestro sitio web, www.fepblue.org. Deberá presentarnos un reclamo de reembolso por los servicios profesionales, a menos que usted o su prestador se comuniquen con el Centro de asistencia en el extranjero con anticipación para organizar la facturación y el pago directo al prestador.</p> <p>Si está en el extranjero y necesita ayuda para encontrar prestadores (ya sea dentro o fuera de nuestra red), comuníquese con el Centro de asistencia en el extranjero (proporcionado por GeoBlue), llamando al 804-673-1678. Los afiliados en los EE. UU., Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU. deben llamar al 800-699-4337 o enviar un correo electrónico al Centro de Asistencia en el Extranjero a fepoverseas@geo-blue.com. GeoBlue también ofrece servicios de evacuación de emergencia al hospital más cercano equipado para tratar de forma adecuada su afección, servicios de traducción y conversión de facturas médicas extranjeras a la divisa estadounidense. Podrá contactarse con los operadores multilingües las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>
Beneficios hospitalarios y de prestadores profesionales	<p>Para la atención profesional que reciba en el extranjero, damos beneficios a los niveles de los beneficios Preferidos utilizando nuestra Lista de tarifas en el extranjero, un porcentaje habitual del cargo facturado o un descuento negociado con el proveedor como asignación de nuestro plan. No se aplica el requisito de utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios cuando recibe atención en el extranjero. También condonamos los copagos de \$10 por consultas en un consultorio médico descritos en las secciones 5(a) y 5(e) para la atención recibida en el extranjero.</p> <p>Cuando la asignación del plan se basa en la Lista de tarifas en el extranjero, usted paga cualquier diferencia que haya entre nuestro pago y el monto facturado, además de cualquier coseguro o copago aplicable. Cuando la asignación del plan es un descuento negociado por el proveedor, usted solo es responsable de cualquier coseguro o copago aplicable. También debe pagar cualquier cargo por los servicios no cubiertos.</p> <p>Para la atención en centros hospitalarios que reciba en el extranjero, damos beneficios en el nivel Preferido sin costos compartidos para miembros, para ingresos a un centro del Departamento de Defensa o cuando el Centro de asistencia en el extranjero (proporcionado por GeoBlue) ha concertado la facturación directa o aceptación de garantía de prestaciones con el centro. Para todos los tipos restantes de atención en centros hospitalarios, usted es responsable de cualquier coseguro aplicable.</p> <p>Para la atención en un centro para pacientes ambulatorios que reciba en el extranjero, damos beneficios en el nivel Preferido después de que usted paga el copago o coseguro aplicable. Condonamos los costos compartidos de centros y profesionales asociados a los servicios de emergencias prestados en una sala de emergencias, tal como se describe en la sección 5(d).</p> <p>Para los servicios de transporte que reciba en el extranjero, damos beneficios de transporte al hospital más cercano equipado para tratar de forma adecuada su afección cuando el transporte es médicamente necesario. Damos beneficios como se describe en la sección 5(c) y la sección 5(d). Los beneficios no están disponibles para los costos asociados con el transporte a otro hospital que no sea el más cercano y equipado para tratar su afección. Usted es responsable de cualquier coseguro o copago. También debe pagar cualquier cargo por los servicios no cubiertos.</p>

Beneficios de farmacia	Para los medicamentos con receta adquiridos en farmacias del extranjero , damos beneficios a los niveles de los beneficios preferidos, utilizando el cargo facturado como la asignación de nuestro plan. Usted paga el copago o coseguro aplicable. El deducible por año calendario no aplica al comprar medicamentos en farmacias del extranjero. Consulte la sección 5(f) para más información.
Pago de reclamos en el extranjero	La mayoría de los proveedores extranjeros no tienen la obligación de presentar reclamos en nombre de nuestros miembros. Siga los procedimientos que se enumeran a continuación para presentar reclamos por servicios y medicamentos cubiertos que reciba fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. Es posible que deba pagar los servicios en el momento en que los recibe y luego enviarnos un reclamo para obtener el reembolso. Ofrecemos servicios de traducción y conversión de moneda para sus reclamos en el extranjero.
Presentación de reclamos en el extranjero	<p>Para presentar un reclamo por servicios hospitalarios y de proveedores profesionales cubiertos que haya recibido fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., envíenos un formulario de Reclamo médico en el extranjero del FEP completo, por correo, fax o Internet, junto con las facturas detalladas del proveedor. Cuanto complete el formulario de reclamo, indique si desea que le paguen en dólares americanos o en la moneda reflejada en las facturas detalladas, y si desea recibir el pago mediante cheque o transferencia bancaria. Use la siguiente información para enviar su reclamo por correo, fax o electrónicamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Correo: Federal Employee Program, Overseas Claims, P.O. Box 1568, Southeastern, PA 19399. 2. Fax: 001-610-293-3529. Asegúrese de marcar primero el código de acceso directo de AT&T del país desde el que envía el reclamo por fax. 3. Internet: Diríjase al portal MyBlue en fepblue.org. Si ya es un usuario registrado del portal MyBlue, haga clic en el menú “Health Tools” (Herramientas de salud) y, en la sección “Get Care” (Obtener atención), seleccione “Submit Overseas Claim” (Enviar reclamo en el extranjero) y siga las instrucciones para presentar un reclamo médico. Si aún no tiene un usuario registrado, diríjase a MyBlue, haga clic en el enlace “Sign Up” (Registrarse) y regístrese para utilizar el proceso de presentación de reclamos en línea. <p>Si tiene preguntas sobre sus reclamos médicos, llámenos al 888-999-9862, utilizando el código de acceso directo de AT&T del país desde el que llama, o envíenos un correo electrónico a través de nuestro sitio web (www.fepblue.org) mediante el portal MyBlue. También puede escribirnos a: Mailroom Administrator, FEP Overseas Claims, P.O. Box 14112, Lexington, KY 40512-4112. Puede obtener formularios de reclamos médicos en el extranjero desde nuestro sitio web, por correo electrónico a fepoverseas@geo-blue.com o desde su plan local.</p>
Presentar un reclamo de beneficios de farmacia	<p>Los medicamentos comprados en el extranjero deben ser equivalentes a los medicamentos que requieren una receta médica según la ley federal de los EE. UU. Para presentar un reclamo por medicamentos y suministros cubiertos que compre en farmacias fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., envíenos un formulario de Reclamo de medicamentos con receta en farmacia del extranjero del FEP completo, junto con los recibos o facturas detallados. La fecha límite para presentar reclamos de farmacia en el extranjero de manera oportuna es un año desde la fecha de surtido de la receta. Use la siguiente información para enviar su reclamo por correo, fax o electrónicamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Correo: 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. Asegúrese de marcar primero el código de acceso directo de AT&T del país desde el que envía el reclamo por fax. 3. Internet: Diríjase al portal MyBlue en fepblue.org. Si ya es un usuario registrado del portal MyBlue, haga clic en el menú “Health Tools” (Herramientas de salud) y, en la sección “Get Care” (Obtener atención), seleccione “Submit Overseas Claim” (Enviar reclamo en el extranjero) y siga las instrucciones para presentar un reclamo de farmacia. Si aún no tiene un usuario registrado, diríjase a MyBlue, haga clic en el enlace “Sign Up” (Registrarse) y regístrese para utilizar el proceso de presentación de reclamos en línea. <p>Envíe cualquier consulta por escrito sobre los medicamentos que compra en el extranjero a: Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057. Puede obtener formularios de Reclamo de medicamentos con receta del extranjero de farmacias del FEP para sus compras de medicamentos si visita nuestro sitio web, www.fepblue.org, nos escribe a la dirección de arriba o nos llama al 888-999-9862, utilizando el Código de acceso directo de AT&T del país desde el que se comunica.</p> <p>Mientras esté en el extranjero, es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta a través de nuestro Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su dirección incluye un código postal de los EE. UU. (como con direcciones APO y FPO, y en territorios de los EE. UU.).

- El médico que hace la receta tiene licencia en los EE. UU., Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., y tiene un Identificador Nacional de Proveedor (NPI).
- La entrega de la receta está permitida por la ley y se hace de acuerdo con las pautas del fabricante.

Consulte la sección 5(f) para obtener más información sobre las farmacias minoristas preferidas con opciones de pedidos y entregas en línea, y el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados.

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

Nota: No podemos enviar medicamentos a través de nuestro Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados, a países extranjeros que tienen leyes que restringen la importación de medicamentos con receta desde cualquier otro país. Esto ocurre incluso cuando hay disponible una dirección APO o FPO válida. Si vive en uno de estos países, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia local del extranjero y enviarnos un reclamo de reembolso por fax al 001-480-614-7674 o a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org/myblue.

Beneficios fuera de PSHB disponibles para los afiliados del plan

Estos beneficios no son parte del contrato o prima de PSHB, y no puede presentar una disputa a PSHB con respecto a estos beneficios. Las tarifas abonadas por estos servicios no cuentan para los deducibles de PSHB ni para los máximos de bolsillo de protección ante catástrofes. Además, estos servicios no son elegibles para recibir beneficios bajo el Programa de PSHB. Le pedimos que no presente un reclamo por estos servicios. Estos programas y materiales son responsabilidad del plan y todas las apelaciones deben seguir sus pautas. Para obtener información adicional, llámenos al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

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

- **Acondicionamiento físico:** Obtenga el apoyo que necesita para alcanzar sus objetivos de acondicionamiento físico con ofertas en dispositivos portátiles, indumentaria, equipos de gimnasio en casa, clases de ejercicios virtuales y acceso al gimnasio en persona.
- **Ojos y oídos sanos:** Cuidar sus ojos y oídos puede resultar muy costoso cuando debe reemplazar los audífonos o adquirir lentes. Blue365 le ofrece hasta un 60 % de descuento en audífonos, descuentos en cirugía LASIK y más.
- **Hogar y familia:** Su hogar y su familia pueden influir en su bienestar mental, físico, emocional y financiero. Blue365 ofrece descuentos en vitaminas y suplementos de calidad, seguros para mascotas, servicios de fertilidad, productos para padres primerizos, ofertas financieras, salud familiar y más.
- **Nutrición:** Blue365 ofrece una variedad de ofertas que lo ayudarán a comer sano. Puede elegir entre suscripciones a kits de comida, platos preparados por chefs, planes de control de peso y más.
- **Cuidado personal:** Un poco de autocuidado puede ser de gran ayuda para 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 conciencia plena y mucho más.
- **Viajes:** A veces, unas buenas vacaciones son todo lo que necesita para escapar del estrés y arrancar de nuevo. Blue365 hace que las escapadas familiares sean más asequibles gracias al acceso con descuento a alojamiento, alquiler de automóviles y paquetes de vacaciones.

Cada semana, los miembros de Blue365 pueden recibir increíbles ofertas médicas y de bienestar por correo electrónico. Con Blue365, no hay ningún papeleo que completar. Solo visite <http://www.fepblue.org/blue365> y seleccione “Get Started” (Comenzar) para obtener más información sobre los distintos proveedores y descuentos de Blue365. El Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield puede recibir pagos de proveedores de Blue365. El Plan no recomienda, respalda ni garantiza ningún proveedor o artículo específico de Blue365. Los proveedores y el programa están sujetos a cambios en cualquier momento.

Programa de medicamentos con descuento: El Programa de medicamentos con descuento está disponible para miembros no inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP sin costo de prima adicional. Le permite comprar, a precios reducidos, ciertos medicamentos con receta que no están cubiertos por el beneficio regular. Los descuentos varían según el producto, pero en promedio son alrededor del 24 %. El programa le permite obtener descuentos en varios medicamentos relacionados con el cuidado dental, la pérdida de peso, la depilación y el crecimiento del cabello, y otras afecciones de salud. Consulte www.fepblue.org/ddp para obtener una lista completa de los medicamentos con descuento, incluidos aquellos que pueden agregarse a medida que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA de los EE. UU.). Para usar el programa, solo presente una receta válida y su tarjeta de identificación en una farmacia minorista preferida. El farmacéutico le pedirá el pago total según la tasa de descuento negociada. Para 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 de esta sección se aplican a todos los beneficios. Puede haber otras exclusiones y limitaciones enumeradas en la sección 5 de este folleto. **Si bien podemos incluir un servicio específico como beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que es médicamente necesario para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, lesión o afección.** Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación previa para recibir servicios específicos, como trasplantes, consulte *Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios* en la sección 3.

No cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suministros que recibe mientras no está inscrito en este plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que no son médicamente necesarios.
- Servicios, medicamentos o suministros que no son necesarios según los estándares aceptados de la práctica médica, dental o psiquiátrica en los EE. UU.
- Servicios, medicamentos o suministros facturados por centros de atención para pacientes hospitalizados y Preferidos relacionados con errores médicos específicos y afecciones adquiridas en el hospital conocidas como “errores que nunca deberían haber ocurrido”.
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos o dispositivos experimentales o de investigación (consulte la sección 5(b) en cuanto a los trasplantes).
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre estaría en peligro si el feto llegara a término o cuando el embarazo sea el resultado de un acto de violación o incesto.
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con disfunción sexual o insuficiencia sexual (excepto la colocación quirúrgica de prótesis de pene para tratar la disfunción eréctil y cirugías de afirmación de género, que están específicamente enumeradas como cubiertas).
- Gastos de viaje, excepto lo dispuesto específicamente para trasplantes cubiertos realizados en un centro Blue Distinction Center for Transplant (consulte la sección 5(c)).
- Servicios, medicamentos o suministros que recibe de un proveedor o centro excluido o suspendido del Programa de PSHB.
- Servicios, medicamentos o suministros que recibe en un país sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los EE. UU., de un proveedor o centro que no tenga la licencia adecuada para brindar atención en ese país.
- Servicios o suministros por los cuales no se haría ningún cargo si la persona cubierta no tuviera cobertura de seguro médico.
- Servicios, medicamentos o suministros que recibe sin cargo mientras está en el servicio militar activo.
- Cargos que el afiliado o el plan no tiene obligación legal de pagar, como cargos en exceso para un beneficiario de 65 años o más que no está cubierto por las Partes A o B de Medicare, cargos médicos que exceden el monto especificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando los beneficios son pagaderos bajo Medicare, o impuestos estatales sobre las primas, como se apliquen. Consulte la sección 9.
- Los medicamentos recetados, servicios o suministros solicitados, realizados o proporcionados por usted o sus familiares inmediatos o miembros de su hogar, como cónyuge, padres, hijos, hermanos por consanguinidad, matrimonio o adopción.
- Servicios o suministros proporcionados o facturados por un centro no cubierto, excepto medicamentos con receta médicamente necesarios; oxígeno; y terapia física, del habla y ocupacional proporcionada por un terapeuta profesional calificado de forma ambulatoria están cubiertas sujetas a los límites del plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que recibe de proveedores no cubiertos.
- Servicios, medicamentos o suministros que recibe con fines cosméticos.
- Servicios o suministros para el tratamiento de la obesidad, la reducción de peso o el control de dieta que no figuren específicamente como cubiertos, como por ejemplo, entre otros, alimentos especializados para la pérdida de peso, equipos de ejercicio o aplicaciones móviles para la pérdida de peso.
- Servicios que recibe de un proveedor que están fuera del alcance de su licencia o certificación.
- Cualquier procedimiento o medicamento quirúrgico dental u oral que involucre la atención de ortodoncia, los dientes, los implantes dentales, la enfermedad periodontal o la preparación de la boca para la adaptación o uso continuo de dentaduras postizas, excepto como se describe específicamente en la Sección 5(g), *Beneficios dentales*, y la Sección 5(b), *Cirugía oral y maxilofacial*.
- Servicios dentales y de ortodoncia, excepto el tratamiento de lesiones accidentales como se describe en la sección 5(g), o cirugía oral como se describe en la sección 5(b).
- Atención de ortodoncia por posición incorrecta de los huesos de la mandíbula o por el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).

- Servicios de médicos de guardia.
- Capacitación en cuidado personal o autoayuda.
- Atención a largo plazo o de cuidados básicos (consulte las *Definiciones*).
- Artículos de comodidad personal, como servicios de belleza y barbería, radio, televisión o teléfono.
- Muebles (que no sean equipo médico duradero médicamente necesario), como camas, colchones y sillas comerciales.
- Servicios de rutina, como exámenes físicos periódicos; exámenes de detección; vacunas; y servicios o pruebas no relacionadas con un diagnóstico, enfermedad, lesión, conjunto de síntomas o atención de maternidad específicos, excepto aquellos servicios preventivos específicamente cubiertos bajo *Atención preventiva, adulto* y *Atención preventiva, niños* 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 cualquier prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital durante una estancia como paciente internado cubierto.
- Análisis de conducta aplicado (ABA) y servicios relacionados para cualquier afección que no sea un trastorno del espectro autista.
- Servicios de análisis de comportamiento aplicado (ABA) y servicios relacionados realizados como parte de un programa educativo; o proporcionado en o por una escuela/entorno educativo; o proporcionados como reemplazo de servicios que son responsabilidad del sistema educativo.
- Terapia de oxígeno hiperbárico tópico (THBO).
- Costos de investigación (costos relacionados con la realización de ensayos clínicos, como el tiempo del médico y la enfermera de investigación, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas únicamente con fines de investigación).
- Cargos profesionales por atención fuera del horario de atención, excepto cuando estén asociados con servicios prestados en el consultorio de un médico.
- Productos para la incontinencia, como prendas para la incontinencia (como pañales, calzones y ropa interior para adultos o bebés), almohadillas/forros para la incontinencia, protectores de cama o toallitas desechables.
- Servicios de medicina alternativa que incluyen, entre otros, medicina botánica, aromaterapia, suplementos herbales/nutricionales, técnicas de meditación, técnicas de relajación, terapias de movimiento y terapias energéticas.
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con la marihuana medicinal.
- Audífonos, incluidos audífonos osteointegrados.
- Planificación avanzada de la atención, excepto cuando se proporciona como parte de un plan de tratamiento de cuidados paliativos cubierto por el seguro (consulte la sección 5(c)).
- Tarifas de membresía o servicio de conserjería cargadas por un proveedor de atención médica.
- Tarifas asociadas con copias, reenvío o envío por correo de registros, excepto como se describe específicamente en la sección 8.
- Servicios que no se enumeran específicamente como cubiertos.
- Servicios o suministros que tenemos prohibido cubrir según la Ley Federal.
- Servicios relacionados con la gestación subrogada, incluidos, entre otros, los servicios de fertilidad para quedar embarazada, los servicios de parto y/o los servicios rutinarios de guardería para el bebé tras el parto. Los beneficios de servicios no rutinarios en centros de atención para bebés elegibles para la cobertura se proporcionarán una vez que se haya agregado al bebé a la póliza. Consulte Cobertura de familiares en Información de PSHB al principio de este folleto para obtener más información sobre quién es elegible para la cobertura.

Sección 7: Presentar un reclamo por servicios cubiertos

Esta sección trata principalmente de reclamos posteriores al servicio (reclamos por servicios, medicamentos o suministros que ya recibió).

Consulte la sección 3 para obtener información sobre los procedimientos de reclamos previos al servicio (servicios, medicamentos o suministros que requirieron certificación previa o aprobación previa), incluidos los procedimientos de reclamos de atención de urgencia.

Cómo reclamar beneficios

Para obtener formularios de reclamo u otros consejos sobre la presentación de reclamos, o respuestas a sus preguntas sobre nuestros beneficios, comuníquese con nosotros al número de teléfono de atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o en nuestro sitio web, www.fepblue.org.

En la mayoría de los casos, los médicos y los centros presentan reclamaciones a su nombre. Solo presente su tarjeta de identificación cuando reciba los servicios. Su proveedor debe presentar el formulario CMS-1500, Formulario de reclamación de seguro médico. Su centro presentará el formulario UB-04.

Cuando deba presentar un reclamo, como cuando otro plan de salud grupal tiene preferencia como primario, envíelo en el CMS-1500 o en un formulario de reclamo que incluya la información que se muestra a continuación. Utilice un formulario de reclamo separado para cada miembro de la familia. Para estancias hospitalarias prolongadas o continuas, u otros cuidados a largo plazo, debe presentar reclamos al menos cada 30 días. Las facturas y recibos deben ser detallados y mostrar:

- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y relación con el afiliado
- Número de identificación del plan del paciente
- Nombre y dirección de la persona o empresa que presta el servicio o suministro
- Fechas en 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 caja registradora, los estados de cuenta adeudados o las facturas que usted mismo prepare no son sustitutos aceptables de las facturas detalladas.

Adicionalmente:

- Si tiene otro plan de salud de su pagador principal, debe enviar una copia del formulario de Explicación de los Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que recibió de su pagador principal (como el Aviso resumido de Medicare (MSN)) con su reclamo.
- Las facturas de atención de enfermería a domicilio deben demostrar que la enfermera es una enfermera certificada o titulada autorizada.
- Si su reclamo es por el alquiler o la compra de equipo médico duradero, atención de enfermería domiciliaria o terapia de rehabilitación física, ocupacional, del habla o cognitiva, debe proporcionar una declaración escrita del proveedor que especifique la necesidad médica del servicio o suministro y la cantidad de tiempo necesaria.
- Los reclamos por atención dental para reparar lesiones accidentales a dientes naturales sanos deben incluir la documentación de la condición de sus dientes antes de la lesión accidental, documentación de la lesión de su(s) proveedor(es) y el plan de tratamiento para su atención dental. Es posible que le solicitemos la actualización del plan de tratamiento a medida que avanza su tratamiento.

Las reclamaciones por medicamentos y suministros recetados que no se reciben del Programa de Farmacias Minoristas debe incluir recibos que muestren el número de receta, el nombre del medicamento o suministro, el nombre del proveedor que prescribe, la fecha y el monto de cargo. (Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre cómo obtener beneficios del Programa de Farmacias Minoristas y el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados).

Procedimientos de reclamaciones posteriores al servicio

Le notificaremos nuestra decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo posterior al servicio. Si por causas ajenas a nuestra voluntad fuera necesario ampliar el plazo, podemos tomar hasta 15 días adicionales para la revisión y le notificaremos antes de que expire el periodo original de 30 días. Nuestra notificación incluirá las circunstancias subyacentes a la solicitud de prórroga y la fecha en que se espera una decisión.

Si necesitamos una prórroga porque no hemos recibido la información necesaria (por ejemplo, registros médicos) de su parte, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le daremos hasta 60 días desde la recepción de la notificación para proporcionar la información.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, puede solicitarnos la revisión siguiendo el proceso de reclamos en disputa que se detalla en la sección 8 de este folleto.

Reclamos de medicamentos con receta

Farmacias preferidas: Cuando utilice farmacias preferidas, muestre su tarjeta de identificación. Para encontrar una farmacia preferida, visite www.fepblue.org/provider. Si utiliza una farmacia minorista preferida que ofrece pedidos en línea, tenga a mano su tarjeta de identificación para completar su compra.

Las farmacias preferidas presentarán sus reclamos a su nombre. Les reembolsaremos sus medicamentos y suministros cubiertos. Usted paga el coseguro o copago aplicable.

Nota: Incluso si utiliza farmacias preferidas, deberá presentar un formulario de reclamo en papel para obtener el reembolso si:

- no tiene una tarjeta de identificación válida;
- no utiliza su tarjeta de identificación válida al momento de la compra; o
- no obtuvo aprobación previa cuando fue requerida (consulte la sección 3).

Consulte los siguientes párrafos para obtener instrucciones sobre la presentación de reclamos.

Farmacias no preferidas: No hay beneficios para medicamentos o suministros comprados en farmacias minoristas no preferidas. Nota: Para Farmacias en el extranjero, consulte la sección 5(i).

Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados

Si su médico le receta un medicamento especializado que aparece en nuestra Lista de medicamentos especializados de FEP Blue Focus, su médico puede solicitar la receta inicial llamando a nuestro Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados al 888-346-3731 (TTY: 711) o puede enviar su receta a: BCBS FEP Specialty Drug Pharmacy Program, CVS Specialty, 9310 Southpark Center Loop, Orlando, FL 32819. Se le cobrará el copago más adelante. El Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados trabajará con usted para concertar el horario y el lugar de entrega que sean más convenientes para usted. Para pedir resurtidos, llame al mismo número de teléfono para concertar tu entrega. Puede cargar su copago a su tarjeta de crédito o solicitar que se lo cobren más tarde.

Nota: Para obtener la lista más actualizada 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

Mantenga un registro por separado de los gastos médicos de cada miembro de la familia cubierto, porque los deducibles y los beneficios máximos (como los de fisioterapia ambulatoria) se aplican por separado a cada persona. Guarde copias de todas las facturas médicas, incluidas aquellas que acumule para satisfacer un deducible. En la mayoría de los casos servirán como prueba de su reclamo. No entregaremos extractos duplicados ni anuales.

Plazo para presentar su reclamo

Envíenos su reclamo y la documentación adecuada lo antes posible. Deberá presentar el reclamo antes del 31 de diciembre del año siguiente a la recepción del servicio, a menos que dicha presentación oportuna sea impedida por operaciones administrativas del Gobierno o incapacidad legal, siempre presente el reclamo tan pronto como le sea razonablemente posible. Si devolvemos un reclamo o parte de un reclamo para obtener información adicional (por ejemplo, códigos de diagnóstico, fechas de servicio, etc.), deberá volver a enviarlo dentro de los siguientes 90 días o antes de que expire el período de presentación oportuno, lo que ocurra más tarde.

Nota: La presentación oportuna de reclamos de farmacia en el extranjero de manera oportuna es un año después de la fecha de surtido de la receta.

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

Reclamos en el extranjero

Consulte la información de presentación de reclamos en la sección 5(i).

Cuando necesitamos más información

Por favor responda con prontitud cuando le solicitemos información adicional. Si no recibimos respuesta, podemos retrasar el procesamiento o negar beneficios para su reclamo. Nuestra fecha límite para responder a su reclamo se suspende mientras esperamos toda la información adicional necesaria para **procesar** su reclamo.

Representante autorizado

Puede designar a un representante autorizado para que actúe en su nombre para presentar un reclamo o para apelar decisiones sobre reclamos ante nosotros. Para reclamos de atención de urgencia, se permitirá que un profesional de la salud con conocimiento de su afección médica actúe como su representante autorizado sin tener que requerir su consentimiento expreso. Para los efectos de esta sección, también nos referiremos a su representante autorizado cuando nos referimos a usted.

Requisitos del aviso

El Secretario de Salud y Servicios Humanos ha identificado condados donde al menos el 10 % de la población sabe leer y escribir solo en ciertos idiomas distintos del inglés. Los idiomas distintos del inglés que alcanzan este umbral en ciertos condados son el español, el chino, el navajo y el tagalo. Si vive en uno de estos condados, le brindaremos asistencia lingüística en el idioma correspondiente distinto del inglés. Puede solicitar una copia de su Declaración de Explicación de Beneficios (EOB), correspondencia relacionada, servicios de lenguaje oral (como asistencia telefónica al cliente) y asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluidas revisiones externas) en el idioma correspondiente distinto del inglés. Las versiones en inglés de sus EOB y la correspondencia relacionada incluirán información en un idioma distinto del inglés sobre cómo acceder a los servicios lingüísticos en el idioma distinto del inglés correspondiente.

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

Sección 8: Proceso de reclamos disputados

Siga este proceso de reclamos en disputa del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal **si no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su reclamo posterior al servicio** (un reclamo en una situación en que ya se han proporcionado servicios, medicamentos o suministros). En la sección 3, *Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el reclamo previo al servicio*, describimos el proceso que debe seguir si tiene un reclamo por servicios, medicamentos o suministros que deben contar con una certificación previa (como admisiones hospitalarias) o aprobación previa del plan.

Puede apelar directamente a la Oficina de Administración de Personal (OPM) de los EE. UU. en el caso de que no sigamos los procesos de reclamos requeridos. Para obtener más información o realizar una consulta sobre situaciones en las que tiene derecho a apelar inmediatamente a la OPM, incluidos los requisitos adicionales que no se enumeran en las secciones 3, 7 y 8 de este folleto, llame al representante de atención al cliente de su Plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación, el folleto del plan o el sitio web del plan (www.fepblue.org). Si es un pensionado del Servicio Postal, o su familiar cubierto elegible para Medicare, inscrito en nuestro Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare Parte D y no está de acuerdo con nuestra **decisión previa o posterior al servicio** sobre sus beneficios de medicamentos recetados, siga el proceso de apelaciones de Medicare que se describe en la Sección 8(a), *Proceso de reclamos en disputa del EGWP del PDP de Medicare*.

Para ayudarlo a preparar su apelación, puede solicitarnos la revisión y copia, sin cargo, de todos los materiales y documentos relevantes del Plan bajo nuestro control relacionados con su reclamo, incluidos aquellos que involucran revisiones de expertos de su reclamo. Para realizar su solicitud, llámenos al número de teléfono de atención al cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación, o envíenos su solicitud a la dirección que aparece en su formulario de Explicación de beneficios (EOB) para el plan local que procesó el reclamo (o, para beneficios de medicamentos recetados, nuestro Programa de farmacias o el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados).

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información enviada por usted en relación con el reclamo, sin importar si dicha información fue enviada o tomada en consideración para la determinación inicial de beneficios.

Cuando nuestra decisión inicial se basa (total o parcialmente) en un juicio médico (es decir, necesidad médica, experimental/de investigación), consultaremos con un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico y quien no participó en la toma de la decisión inicial.

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

No tomaremos nuestras decisiones con respecto a la contratación, compensación, despido, promoción u otros asuntos similares con respecto a ningún individuo (como un juez de reclamos o un experto médico) basándonos en la inclinación de un individuo a que apoye la denegación de beneficios.

Paso	Descripción
1	<p>Escríbanos solicitando la reconsideración de nuestra decisión inicial. Usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none">a) escribirnos dentro de los seis meses siguientes a la fecha de nuestra decisión; yb) enviar su solicitud a la dirección que aparece en su formulario de Explicación de Beneficios (EOB) para el plan local que procesó el reclamo (o, para beneficios de medicamentos recetados, nuestro Programa de Farmacias Minoristas o el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados); ec) incluir una declaración sobre por qué cree que nuestra decisión inicial fue incorrecta, de acuerdo con las disposiciones específicas en materia de beneficios de este folleto; ed) incluir copias de documentos que respalden su reclamo, como cartas de los médicos, informes operativos, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de Beneficios (EOB). <p>Le proporcionaremos, de forma gratuita y oportuna, cualquier evidencia nueva o adicional tomada en consideración, en la que nos basemos, generada por nosotros o bajo nuestra dirección en relación con su reclamo y cualquier nueva justificación para nuestra decisión sobre el reclamo. Le proporcionaremos esta información con suficiente antelación a la fecha en que se nos solicite brindarle nuestra decisión de reconsideración para brindarle una oportunidad razonable de respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, el hecho de que no le proporcionemos nuevas pruebas o fundamentos con tiempo suficiente para permitirle responder oportunamente no invalidará nuestra decisión de reconsideración. Podrá responder a esa nueva evidencia o justificación en la etapa de revisión de OPM descrita en el Paso 3.</p>
2	<p>En el caso de un reclamo posterior al servicio, tenemos 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud para:</p> <ul style="list-style-type: none">a) pagar el reclamo; o

- b) escribirle y mantener nuestra denegación; o
- c) pedirle más información a usted o a su proveedor.

Usted o su proveedor deben enviar la información para que la recibamos en un plazo de 60 días posteriores a nuestra solicitud. Luego decidiremos en un plazo de 30 días más.

Si no recibimos la información dentro de los 60 días, decidiremos dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que debíamos recibir la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tenemos. Le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

3

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

Deberá escribir a la OPM dentro de:

- 90 días después de la fecha de nuestra carta confirmando nuestra decisión inicial; o
- ciento veinte días después de que nos escribió por primera vez, si no respondimos esa solicitud de ninguna manera dentro de los 30 días; o
- 120 días después de que solicitamos información adicional, si no le enviamos una decisión dentro de los 30 días posteriores a que recibimos la información adicional.

Escriba a la OPM a United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Postal Service Insurance Operations (PSIO), 1900 E Street NW, Room 3443, Washington, DC 20415.

Envíe a la OPM la siguiente información:

- Una declaración sobre por qué cree que nuestra decisión fue incorrecta, de acuerdo con las disposiciones de beneficios específicas de este folleto;
- copias de los documentos que respaldan su reclamo, como cartas de los médicos, informes operativos, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de Beneficios (EOB);
- Copias de todas las cartas que nos envió en relación al reclamo;
- Copias de todas las cartas que le enviamos en relación al reclamo;
- su número de teléfono para localizarlo durante el día y el mejor horario para llamarlo; y
- Su dirección de correo electrónico, si es que desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Tenga en cuenta que al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, podrá recibir la decisión de la OPM más rápidamente.

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

Nota: Usted es la única persona que tiene derecho a presentar un reclamo disputado ante la OPM. Las partes que actúan como su representante, como los proveedores médicos, deben incluir una copia de su consentimiento específico por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamos de atención de urgencia, un profesional de la salud con conocimiento de su afección médica puede actuar como su representante autorizado incluso sin su consentimiento expreso.

Nota: Los plazos anteriores pueden ampliarse si demuestra que no pudo cumplir con el plazo por razones ajenas a su control.

4

La OPM revisará su solicitud de reclamo disputada y utilizará la información que recopila de usted y de nosotros para decidir si nuestra decisión es correcta. La OPM determinará si aplicamos correctamente los términos de nuestro contrato cuando denegamos su reclamo o solicitud de servicio. La OPM le enviará una decisión final o le notificará sobre el estado de la revisión de la OPM dentro de los siguientes 60 días. No hay otros recursos administrativos de apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso será presentar una demanda. Si decide demandar, debe presentar la demanda contra la OPM en un tribunal federal antes del 31 de diciembre del tercer año después del año en el que recibió los servicios, medicamentos o suministros en disputa, o del año en el que se le denegó la precertificación o aprobación previa. Este es el único plazo y no podrá prorrogarse.

La OPM puede divulgar la información que recopile durante el proceso de revisión para respaldar su decisión sobre reclamos en disputa. Esta información pasará a formar parte del expediente judicial.

No podrá presentar una demanda hasta que haya completado todo el proceso de reclamos en disputa. Además, la ley federal rige su demanda, beneficios y pago de beneficios. El tribunal federal basará la revisión en el expediente que estaba ante la OPM cuando esta decidió confirmar o revocar nuestra decisión. Usted podrá recuperar solo el monto de los beneficios en disputa.

Nota: Si tiene una afección grave o que ponga en peligro su vida (una que puede causar la pérdida permanente de funciones corporales o la muerte si no se trata lo antes posible) y no indicó que su reclamo era un reclamo de atención de urgencia, llámenos al el número de teléfono de atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. Aceleraremos nuestra revisión (si aún no hemos respondido a su reclamo); o informaremos a la OPM para que puedan revisar rápidamente su reclamo en la apelación. Puede llamar a Operaciones de Seguros del Servicio Postal (PSIO) de la OPM al 202-936-0002 de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.

Recuerde que no tomamos decisiones sobre cuestiones de elegibilidad del Plan. Por ejemplo, no determinamos si usted o un miembro de su familia son cubiertos por este Plan. Debe plantear situaciones de elegibilidad al personal de su agencia/oficina de nómina si es un empleado, a su sistema de jubilación si es un pensionado o a la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores si recibe beneficios de compensación para trabajadores.

Recordatorio: Si usted es un pensionado del Servicio Postal, o su familiar cubierto elegible para Medicare, inscrito en nuestro EGWP del PDP de Medicare Parte D, puede apelar una determinación adversa previa o posterior al servicio a través del proceso de apelaciones de Medicare. Consulte la sección 8(a).

Sección 8(a): Proceso de reclamos disputados del EGWP del PDP de Medicare

Cuando se deniega una solicitud total o parcialmente, puede apelar la denegación. Para saber más sobre sus derechos y sobre cómo presentar una disputa, siga las instrucciones que se encuentran en www.fepblue.org/medicarerx/resources.

Solicitud de reconsideración de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que su plan de medicamentos de Medicare ha ratificado su decisión inicial de denegar la cobertura o el pago de un medicamento recetado que usted solicitó, o ha ratificado su decisión con respecto a una determinación de riesgo hecha bajo su programa de administración de medicamentos, usted tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión del plan. Necesita el formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de redeterminación del plan para solicitar una revisión independiente. Complete el formulario y envíelo por correo o fax siguiendo las instrucciones. Revisarán su solicitud y le darán una decisión e instrucciones sobre los siguientes pasos si sigue sin estar de acuerdo con el resultado. Si necesita más ayuda, llámenos al 888-338-7737 (TTY: 711).

Sección 9: Coordinación de beneficios con Medicare y otras coberturas

Cuando tiene otra cobertura de salud

Debe informarnos si usted o un familiar cubierto tiene cobertura bajo algún otro plan de salud grupal o si cuenta con un seguro de automóvil que paga los gastos de atención médica sin tener en cuenta de quién sea la culpa. Esto se llama “doble cobertura”.

Cuando tiene doble cobertura, un plan normalmente paga sus beneficios en su totalidad como pagador principal y el otro plan paga un beneficio reducido como pagador secundario. Nosotros, al igual que otras aseguradoras, determinamos qué cobertura es la principal de acuerdo con las pautas de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC). Por ejemplo:

- Si está cubierto por nuestro Plan como dependiente, cualquier seguro médico grupal que tenga de su empleador pagará el seguro primario y nosotros pagaremos el secundario.
- Si usted es un beneficiario de nuestro Plan y también está empleado activamente, cualquier seguro médico grupal que tenga de su empleador cubrirá el pago primario y nosotros cubriremos el pago secundario.
- Cuando usted tiene derecho al pago de gastos de atención médica bajo un seguro de automóvil, incluido el seguro sin importar de quién sea la culpa y otros seguros que pagan sin importar de quién sea la culpa, su seguro de automóvil será el pagador principal y nosotros el pagador secundario.

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

Cuando seamos el pagador principal, pagaremos los beneficios descritos en este folleto.

Cuando seamos el pagador secundario, determinaremos nuestra asignación. Después de que el plan primario procese el beneficio, pagaremos lo que quede de nuestra asignación, hasta nuestro beneficio regular. No pagaremos más de lo que corresponde a nuestra asignación. Por ejemplo, generalmente solo compensaremos la diferencia entre el pago de beneficios del pagador principal y el 100 % de la asignación del Plan, sujeto a nuestro deducible aplicable y los montos de coseguro o copago, excepto cuando Medicare sea el pagador principal (consulte la sección 9). Por lo tanto, es posible que los pagos combinados de ambos planes no equivalgan al monto total facturado por el proveedor.

Nota: Cuando pagamos la cobertura secundaria a la principal que usted tiene de un plan prepago (HMO), basamos nuestros beneficios en su responsabilidad de desembolso según el plan prepago (generalmente, los copagos del plan prepago), sujeto a nuestro deducible y montos de coseguro o copago.

En determinadas circunstancias, cuando somos pagadores secundarios y no hay ningún efecto adverso para usted (es decir, usted no paga más), también podemos aprovechar cualquier acuerdo de descuento de proveedor que pueda tener su plan primario y solo compensar la diferencia entre el pago del plan primario y el monto que el proveedor ha acordado aceptar como pago total del plan primario.

Nota: Cualquier limitación de consultas que se aplique a su atención según este Plan sigue vigente si somos el pagador secundario.

Recuerde lo siguiente: Incluso si no presenta un reclamo con su otro plan, aún debe informarnos que tiene doble cobertura y también debe enviarnos documentos sobre su otra cobertura si se los solicitamos.

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

• **TRICARE y CHAMPVA**

TRICARE es el programa de atención médica para dependientes elegibles de militares y jubilados de la milicia. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA brinda cobertura médica a veteranos discapacitados y sus dependientes elegibles. Si TRICARE o CHAMPVA, y este plan lo cubren, nosotros pagamos primero. Consulte a su asesor de beneficios médicos de TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas sobre estos programas.

Cobertura de PSHB suspendida para inscribirse en TRICARE o CHAMPVA: Si es pensionado, puede suspender su cobertura de PSHB para inscribirse en uno de estos programas, eliminando su prima de PSHB. (La OPM no contribuye a ninguna prima aplicable del Plan). Para obtener información sobre cómo suspender su inscripción en PSHB, comuníquese con su oficina de empleo o de jubilación. Si después desea volver a inscribirse en el Programa de PSHB, por lo general, solo podrá hacerlo en la siguiente temporada abierta, a menos que haya perdido involuntariamente la cobertura de TRICARE o CHAMPVA.

- **Compensación de los trabajadores**

Toda lesión o enfermedad relacionada con el trabajo debe informarse lo antes posible a su supervisor. Una lesión también abarca a cualquier enfermedad o dolencia causada o agravada por el empleo, así como daños a aparatos ortopédicos, extremidades artificiales y otros dispositivos protésicos. Si es un empleado federal o postal, solicite a su supervisor que autorice el tratamiento médico mediante el formulario CA-16 antes de obtener tratamiento. Si su tratamiento médico es aceptado por la Oficina de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo (OWCP), el proveedor será compensado por la OWCP. Si se determina que su tratamiento no está relacionado con el trabajo, procesaremos su beneficio de acuerdo con los términos de este plan, incluido el uso de proveedores dentro de la red. Lleve el formulario CA-16 y el formulario OWCP-1500/HCFA-1500 a su proveedor, o envíelos 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 para Trabajadores (OWCP).

No cubrimos servicios que:

- usted (o un familiar cubierto) necesita debido a una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo que la Oficina de Compensación para Trabajadores (OWCP) o una agencia federal o estatal similar determine que les corresponde proporcionar; o
- la OWCP o una agencia similar paga a través de un acuerdo por lesiones de terceros u otro procedimiento similar que se base en un reclamo que usted presentó en virtud de la OWCP o leyes similares.

Una vez que la OWCP o una agencia similar pague sus beneficios máximos por su tratamiento, cubriremos su atención.

- **Medicaid**

Cuando tiene este Plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Cobertura de PSHB suspendida para inscribirse en Medicaid o un programa similar de asistencia médica patrocinado por el estado: Si es pensionado, puede suspender su cobertura de PSHB para inscribirse en uno de estos programas estatales, eliminando su prima de PSHB. Para obtener información sobre cómo suspender su inscripción en PSHB, comuníquese con su oficina de empleo o de jubilación. Si después desea volver a inscribirse en el Programa de PSHB, generalmente podrá hacerlo solo en la próxima temporada abierta, a menos que pierda involuntariamente la cobertura del programa estatal.

Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su atención

No cubrimos servicios y suministros cuando una agencia del Gobierno local, estatal o federal paga por ellos directa o indirectamente.

Cuando otros son responsables de las lesiones

Si otra persona o entidad, mediante un acto u omisión, le causa una lesión o enfermedad, y si pagamos beneficios por dicha lesión o enfermedad, debe aceptar las disposiciones que figuran abajo. Además, si resulta lesionado y ninguna otra persona o entidad es responsable, pero usted recibe (o tiene derecho a) una recuperación de otra fuente, y si pagamos beneficios por esa lesión, debe aceptar las siguientes disposiciones:

- Todas las recuperaciones que usted o sus representantes obtengan (ya sea mediante demanda, acuerdo, seguro o reclamos de programas de beneficios, o de otro modo), sin importar cómo se describan o designen, deben usarse para reembolsarnos en su totalidad los beneficios que pagamos. Nuestra parte de cualquier recuperación se extiende únicamente al monto de beneficios que le hemos pagado o le pagaremos a usted, a sus representantes o proveedores de atención médica en su nombre. Para los efectos de esta disposición, el término “usted” incluye a sus dependientes cubiertos, y “sus representantes” incluye, si corresponde a: sus herederos, administradores, representantes legales, padres (si es menor de edad), sucesores o cesionarios. Este es nuestro derecho de recuperación.
- Tenemos derecho, según nuestro derecho de recuperación, a que se nos reembolsen los pagos de nuestros beneficios incluso si usted no es “compensado” por todos sus daños en las recuperaciones que reciba. Nuestro derecho de recuperación no está sujeto a reducción por honorarios y costos de abogados bajo el “fondo común” o cualquier otra doctrina.

- No reduciremos nuestra parte de cualquier recuperación, a menos que, en el ejercicio de nuestra discreción, aceptemos por escrito una reducción, (1) porque usted no recibió el monto total por los daños que reclamó o (2) porque tuvo que pagar los honorarios de los abogados.
- Debe cooperar para hacer lo que sea razonablemente necesario para ayudarnos con nuestro derecho de recuperación. No debe realizar ninguna acción que pueda perjudicar nuestro derecho de recuperación.
- Si no solicita una indemnización por su enfermedad o lesión, debe permitirnos iniciar la recuperación en su nombre (incluido el derecho a presentar una demanda en su nombre). A esto se le llama subrogación.

Si solicita una indemnización por daños y perjuicios por su enfermedad o lesión, debe informarnos de inmediato que ha presentado un reclamo contra otra parte por una afección por la que hemos pagado o podemos pagar beneficios, debe buscar la recuperación de nuestros pagos de beneficios y responsabilidades, y debe informarnos sobre cualquier recuperación que obtenga, ya sea dentro o fuera de los tribunales. Podemos solicitar un gravamen de primera prioridad sobre el producto de su reclamo para reembolsarnos el monto total de los beneficios que hemos pagado o pagaremos.

Podemos solicitarle que firme un acuerdo de reembolso o que nos asigne (1) su derecho a iniciar una acción o (2) su derecho a recibir el producto de un reclamo por su enfermedad o lesión. Podemos retrasar el procesamiento de sus reclamos hasta que proporcione el acuerdo de reembolso o la asignación firmados, y podemos hacer cumplir nuestro derecho de recuperación compensando beneficios futuros.

Nota: Pagaremos los costos de cualquier servicio cubierto que reciba que exceda las recuperaciones realizadas.

Nuestro derecho a recuperar los fondos y el derecho de subrogación como se describen en esta sección pueden ser ejecutados, 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 recuperación de fondos/subrogación por reclamos que surjan de un solo incidente (por ejemplo, un accidente automovilístico que resulte en reclamos pagados por múltiples planes locales) y que la resolución por parte de un plan local de su gravamen no eliminará el derecho de recuperación de otro plan local.

Entre las otras situaciones cubiertas por esta disposición, las circunstancias en las que podemos subrogar o hacer valer un derecho de recuperación de fondos también incluirán:

- Cuando un tercero le cause una lesión, por ejemplo, en un accidente automovilístico o por negligencia médica.
- Cuando resulte lesionado en la propiedad de un tercero.
- Cuando usted sufra una lesión y haya beneficios disponibles para usted o su dependiente, en virtud de cualquier ley o de cualquier tipo de seguro, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Seguro sin importar de quién es la culpa y otros seguros que pagan sin tener en cuenta de quién es la culpa, incluidos los beneficios de protección contra lesiones personales, independientemente de cualquier elección que usted haya hecho para tratar esos beneficios como secundarios a este Plan
 - Cobertura para conductores sin seguro o con seguro insuficiente
 - Beneficios de compensación para trabajadores
 - Cobertura de reembolso médico

Contáctenos si necesita más información acerca de la subrogación.

Cuando tiene un Plan de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP)

Algunos planes de PSHB ya cubren ciertos servicios dentales y de la visión. Cuando está cubierto por más de un plan dental/de la visión, la cobertura proporcionada bajo su plan de PSHB seguirá siendo su cobertura principal. La cobertura del FEDVIP paga de forma secundaria a esa cobertura. Cuando se inscriba en un plan dental o de la visión, se le pedirá que proporcione información sobre su plan de PSHB para que sus planes puedan coordinar los beneficios. Proporcionar su información de PSHB puede reducir sus gastos de bolsillo.

Ensayos clínicos

Si participa en un ensayo clínico aprobado, este Plan médico brindará beneficios para la atención relacionada cubierta de la siguiente manera, si es que no la proporciona el ensayo clínico:

- **Costos de atención de rutina:** costos de servicios médicamente necesarios, como visitas al médico, pruebas de laboratorio, radiografías y exámenes, y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de las afecciones del paciente, ya sea que el paciente esté en un ensayo clínico o esté recibiendo una terapia estándar. Proporcionamos beneficios para estos tipos de costos en los niveles de beneficios descritos en la Sección 5, *Beneficios*, cuando los servicios están cubiertos por el plan y determinamos que son médicamente necesarios.
- **Gastos de cuidados adicionales:** gastos de los servicios cubiertos relacionados con la participación en un ensayo clínico, como pruebas adicionales que un paciente puede necesitar como parte del ensayo, pero no como parte de la atención de rutina que recibe el paciente. Este Plan cubre gastos de atención adicionales relacionados con la participación en un ensayo clínico aprobado para un trasplante de células madre cubierto, como pruebas adicionales que un paciente pueda necesitar como parte del protocolo del ensayo clínico, pero no como parte de la atención de rutina que recibe el paciente. Para obtener más información sobre los ensayos clínicos aprobados para trasplantes de células madre cubiertos, consulte la sección 5 (b). **Los gastos por concepto de atención adicional relacionados con la participación en cualquier otro tipo de ensayo clínico no están cubiertos.** Lo animamos a que se comunique con nosotros al número de teléfono de Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para analizar servicios específicos si participa en un ensayo clínico.
- **Gastos de investigación:** gastos relacionados con el ensayo clínico, como el tiempo del médico y la enfermera de investigación, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas únicamente con fines de investigación. Estos gastos generalmente están cubiertos por los ensayos clínicos. Este Plan no cubre dichos gastos.

Un ensayo clínico aprobado incluye un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se hace en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y que esté financiado por el Gobierno federal, que se haga conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA de los EE. UU.) o es un ensayo farmacológico que está exento del requisito de una solicitud de investigación de nuevos medicamentos.

Cuando tiene Medicare

Para obtener información más detallada sobre “¿Qué es Medicare?” y “¿Cuándo me inscribo en Medicare?”, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048) o en www.medicare.gov.

Nota importante: Con sujeción a excepciones limitadas, los pensionados del Servicio Postal con derecho a Medicare Parte A y sus familiares elegibles para Medicare Parte A deben inscribirse en Medicare Parte B para mantener la elegibilidad para el Programa de PSHB durante la jubilación.

Si debe inscribirse en Medicare Parte B y no lo hace a la primera oportunidad, se lo puede dar de baja (pensionistas) o se puede retirar la cobertura de sus familiares.

Para obtener más información sobre estos requisitos, comuníquese con el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

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

El plan Medicare Original (Medicare Original) está disponible en cualquier parte de los EE. UU. Es la manera en que todos solían obtener los beneficios de Medicare y en que la mayoría de las personas obtienen sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B actualmente. Puede acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare. El plan Medicare Original paga su parte, y usted paga su parte.

Todos los médicos y otros proveedores están obligados por ley a presentar reclamaciones directamente a Medicare para los miembros de Medicare Parte B, cuando Medicare es pagador primario. Esto es cierto independientemente de que acepten o no a Medicare.

Cuando esté inscrito tanto en Medicare Original como con este Plan al mismo tiempo, aún debe seguir las reglas de este folleto para que podamos cubrir su atención. Por ejemplo, debe seguir obteniendo aprobación previa para algunos medicamentos recetados y trasplantes de órganos/tejidos antes de que paguemos los beneficios. Sin embargo, no es necesario que certifique previamente las hospitalizaciones cuando Medicare Parte A es pagador primario (consulte la sección 3 para conocer las excepciones).

Proceso de reclamos cuando tiene el plan Medicare Original: probablemente no necesitará presentar un formulario de reclamo cuando tenga tanto nuestro Plan como el plan Medicare Original.

Cuando somos el pagador primario, procesamos el reclamo primero.

Cuando el plan Medicare Original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamo primero. En la mayoría de los casos, su reclamo se coordinará automáticamente y, luego, le brindaremos beneficios secundarios por los cargos cubiertos. Para saber si necesita hacer algo para presentar sus reclamos, llámenos al número de teléfono de atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Renunciamos a algunos gastos si el plan Medicare Original es su pagador primario:

renunciaremos a algunos gastos de bolsillo después de que satisfaga el deducible por año calendario.

Usted pagará lo que Medicare indica que debe por los servicios sujetos al deducible por año calendario hasta \$500 por persona en virtud de un contrato de cobertura Individual o Individual + 1, o \$1,000 combinados según un contrato de cobertura Individual y familia. Una vez que haya satisfecho el deducible, le brindaremos los siguientes beneficios:

Cuando Medicare Parte A es pagador primario:

- Renunciaremos a nuestro coseguro.
- Cuando ya haya agotado sus beneficios de Medicare Parte A, deberá pagar el coseguro una vez que se haya satisfecho el deducible del año calendario para la admisión como paciente hospitalizado.
Nota: Se exige certificación previa.

Cuando Medicare Parte B es el pagador primario:

- Renunciaremos a nuestro coseguro y copagos por servicios y suministros para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos y servicios de centros para pacientes ambulatorios.

Nota: No renunciamos a las limitaciones de beneficios, como el límite de 10 consultas de enfermería especializada a domicilio. 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 familiar con cobertura tiene también cobertura de Medicare y permitirnos obtener información sobre los servicios denegados o pagados por Medicare si se lo solicitamos. También debe informarnos sobre otras coberturas que usted o sus familiares con cobertura puedan tener, ya que estas coberturas pueden afectar el estado principal/secundario de este Plan y Medicare.

- **Contrato privado con su médico**

Si está inscrito en Medicare Parte B, un médico puede pedirle que firme un contrato privado en el que acepta que se le puedan cobrar de manera directa los servicios que normalmente cubre Medicare Original. Si firma un acuerdo, Medicare no pagará ninguna parte de los cargos y no aumentaremos nuestro pago. Seguiremos limitando nuestro pago al monto que habríamos pagado después del pago de Medicare Original. Es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre el monto facturado y lo que nosotros pagamos.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si es elegible para Medicare, puede optar por inscribirse y obtener sus beneficios de Medicare de un plan de Medicare Advantage. Estas son opciones de atención médica privada (como HMO y PPO regionales) en algunas áreas del país. Para obtener más información sobre los planes Medicare Advantage, comuníquese con Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227) (TTY: 711) o en www.medicare.gov. Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage, estas opciones están disponibles para usted.

Este plan y el plan de Medicare Advantage de otro plan: Puede inscribirse en otro plan de Medicare Advantage que no sea PSHB y seguir inscrito en nuestro plan de PSHB. Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage, infórmenoslo. Necesitaremos saber si está en el plan Medicare Original o en un plan de Medicare Advantage para que podamos coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

Brindamos beneficios por la atención recibida de proveedores preferidos cuando su plan de Medicare Advantage sea pagador primario, incluso fuera de la red o área de servicio del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, no renunciaremos a ninguno de nuestros copagos o coseguros por los servicios que reciba de proveedores preferidos que no forman parte del plan de Medicare Advantage. Recuerde que debe recibir atención de proveedores que sean “preferidos” para poder recibir los beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Cobertura de PSHB suspendida para inscribirse en un plan de Medicare Advantage: Si es pensionado o excónyuge, puede suspender su cobertura de PSHB para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, eliminando su prima de PSHB. (La OPM no contribuye a la prima de su plan de Medicare Advantage). Para obtener información sobre cómo suspender su inscripción en PSHB, comuníquese con su oficina de empleo o de jubilación. Si después desea volver a inscribirse en el Programa de PSHB, por lo general, solo podrá hacerlo en la siguiente temporada abierta, a menos que haya perdido involuntariamente la cobertura o se mude fuera del área de servicio del plan de Medicare Advantage.

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

Cuando somos el pagador primario, procesamos el reclamo primero. Si usted (como empleado activo elegible para Medicare Parte D o su familiar cubierto elegible para Medicare Parte D) se inscribe en cualquier plan de Medicare Parte D del mercado abierto y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos las solicitudes de reembolso de sus costos de medicamentos recetados que no estén cubiertos por dicho plan de Medicare Parte D y consideraremos pagarlos de acuerdo con el plan de PSHB.

Nota: Si usted es un pensionado del Servicio Postal o su familiar cubierto elegible para Medicare inscrito en nuestro EGWP del PDP de Medicare Parte D, esto no se aplica a usted porque no puede estar inscrito en más de un plan de Medicare Parte D al mismo tiempo. Si decide no participar o cancelar su inscripción en nuestro EGWP del PDP, no tendrá la cobertura de medicamentos recetados de nuestro Programa de PSHB, y no seremos un pagador secundario de los beneficios de medicamentos recetados.

- **Plan de Exención Grupal de Empleadores del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (EGWP del PDP)**

Si está inscrito en Medicare Parte A o Parte B, y no está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MAPD), se lo inscribirá automáticamente en nuestro EGWP del PDP de Medicare. Nuestro EGWP del PDP es un beneficio de medicamentos recetados para los pensionados del Servicio Postal y sus familiares cubiertos elegibles para Medicare. Esto le permite recibir beneficios que nunca serán inferiores a la cobertura estándar de medicamentos recetados que está disponible para los afiliados con cobertura de medicamentos recetados que no sea el EGWP del PDP. Pero lo más frecuente es que reciba beneficios mejores que los afiliados con cobertura de medicamentos recetados que no sea el EGWP del PDP estándar. **Nota: Puede decidir no participar o cancelar su inscripción en nuestro EGWP del PDP en cualquier momento, y puede obtener cobertura de medicamentos recetados fuera del Programa de PSHB.**

Cuando se inscribe en nuestro EGWP del PDP de Medicare para sus beneficios de medicamentos recetados, sigue teniendo nuestra cobertura médica.

Los afiliados con ingresos más elevados pueden tener que pagar una prima aparte por su beneficio del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare Parte D. Consulte la sección del IRMAA de la Parte D en el 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 debe pagar una prima adicional.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a sufragar los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare. Se encuentra disponible información sobre este programa en el sitio web de la Administración del Seguro Social (SSA) en www.socialsecurity.gov, o llame a la SSA al 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778). También puede comunicarse con el número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

El proceso de baja del EGWP del PDP:

Si se lo inscribió automáticamente como parte de un grupo en nuestro EGWP del PDP y decide darse de baja, es posible que tenga que esperar para volver a inscribirse durante la temporada abierta o para un QLE. Comuníquese con nosotros llamando al 888.338.7737 para obtener ayuda.

El proceso de cancelación de la inscripción en el EGWP del PDP:

Si está inscrito en nuestro EGWP del PDP, puede cancelar su inscripción en cualquier momento. Para obtener información sobre cómo cancelar su inscripción, visítenos en www.fepblue.org/medicarerx y busque el formulario de cancelación de la inscripción en el proceso de inscripción automática y siga las instrucciones que se le indican.

Advertencia: Si decide no participar o cancelar su inscripción en nuestro EGWP del PDP, no tendrá ninguna cobertura de medicamentos recetados del Programa de PSHB.

Nota: Si decide no participar o cancelar su inscripción en nuestro EGWP del PDP, su prima no se reducirá y es posible que tenga que esperar para volver a inscribirse cuando sea, y si es, elegible. Si no mantiene una cobertura acreditable, la reinscripción en nuestro EGWP del PDP puede estar sujeta a una penalización por inscripción tardía. Comuníquese con nosotros para obtener asistencia llamando al 888.338.7737.

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

Este plan médico **no** coordina sus beneficios de medicamentos recetados con Medicare Parte B.

Medicare siempre es quien toma la determinación final de si es el pagador primario o no. En el siguiente cuadro, se ilustra si Medicare o este Plan debe ser su pagador primario dependiendo de su situación laboral y otros factores determinados por Medicare. Es fundamental que nos informe si usted o un familiar cubierto tiene cobertura de Medicare para que podamos administrar estos requisitos correctamente. **(Tener cobertura en virtud de más de dos planes médicos puede cambiar el orden de los beneficios determinado en esta tabla).**

Tabla del pagador primario		
A. Si usted o su cónyuge cubierto tiene 65 años o más, tiene Medicare y...	El pagador primario para el individuo con Medicare es...	
	Medicare	Este Plan
1) tiene cobertura de PSHB por su cuenta como empleado activo;		✓
2) tiene cobertura de PSHB por su cuenta como pensionado o a través de su cónyuge que es pensionado;	✓	
3) tiene PSHB a través de su cónyuge que es un empleado activo;		✓
4) es un pensionado reemplazado por el Servicio Postal, su puesto está excluido de PSHB (su oficina de empleo sabrá si este es el caso), y no tiene cobertura de PSHB a través de su cónyuge según el punto 3 anterior;	✓	
5) es un pensionado reemplazado por el Servicio Postal, su puesto no está excluido de PSHB (su oficina de empleo sabrá si este es el caso), y...		
• tiene cobertura de PSHB por su cuenta o a través de su cónyuge que también es empleado activo;		✓
• tiene cobertura de PSHB a través de su cónyuge que es pensionado;	✓	
6) está inscrito únicamente en la Parte B, independientemente de su situación laboral;	✓ para los servicios de la Parte B	✓ para otros servicios
7) es un empleado postal que recibe compensación para trabajadores;		✓ *
8) es un empleado postal que recibe beneficios por discapacidad por seis meses o más.	✓	
B. Si usted o un familiar cubierto...		
1) Tiene Medicare en función solo de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y...		
• está dentro de los primeros 30 meses de elegibilidad o tiene derecho a Medicare debido a ESRD (período de coordinación de 30 meses);		✓
• ha superado el período de coordinación de 30 meses, y usted o un familiar todavía tienen derecho a Medicare debido a ESRD.	✓	
2) Llega a ser elegible para Medicare debido a la ESRD mientras ya es beneficiario de Medicare y...		
• este plan era el pagador primario antes de la elegibilidad debido a una ESRD (por un período de coordinación de 30 meses);		✓
• Medicare era el pagador primario antes de la elegibilidad debido a ESRD.	✓	
3) Tiene continuación temporal de la cobertura (TCC) y...		
• Medicare basado en edad y discapacidad;	✓	
• Medicare de acuerdo con una ESRD (para el período de coordinación de 30 meses);		✓
• Medicare de acuerdo con una ESRD (después del período de coordinación de 30 meses).	✓	
C. Cuando usted o un familiar cubierto son elegibles para Medicare únicamente debido a una discapacidad y usted...		
1) tiene cobertura de PSHB por cuenta propia como empleado activo o a través de un familiar que es empleado activo;		✓
2) tiene cobertura de PSHB por cuenta propia como pensionado o a través de un familiar que es pensionado.	✓	

* La compensación para trabajadores es primaria para reclamos relacionados con su afección en virtud de la compensación para trabajadores.

Cuando tiene 65 años o más y no tiene Medicare

Según la ley de FEHB, que incluye el Programa de PSHB, debemos limitar nuestros pagos por **atención hospitalaria y atención médica** para pacientes hospitalizados a aquellos pagos a los que tendría derecho si tuviera Medicare. Su médico y hospital deben seguir las reglas de Medicare y no pueden facturarle más de lo que podrían facturarle si tuviera Medicare. Usted y PSHB se benefician de estos límites de pago. La atención hospitalaria para pacientes ambulatorios y la atención no médica no están cubiertas por esta ley; se aplican los beneficios regulares del Plan. La siguiente tabla tiene más información sobre los límites.

Si usted:

- tiene 65 años o más; y
 - no tiene Medicare Parte A, Parte B o ambas;
 - tiene este plan como pensionado o como familiar de un pensionado; y
 - no está empleado en un puesto que brinde cobertura de PSHB. (Su oficina de empleo puede informarle si esto le aplica).
-

Entonces, para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado:

- La ley nos exige que basemos nuestro pago en un monto (el “monto equivalente de Medicare”) establecido por las reglas de Medicare para lo que Medicare pagaría, no en el cargo real.
 - Usted es responsable de los deducibles, coseguros o copagos aplicables según este plan.
 - Usted no es responsable de ningún cargo mayor que el monto equivalente de Medicare; presentaremos ese monto en el formulario de Explicación de beneficios (EOB) que le enviamos.
 - La ley prohíbe a un hospital cobrar más que el monto “equivalente de Medicare”.
-

Y, para su atención médica, la ley nos exige que basemos nuestro pago y su coseguro o copago en:

- un monto establecido por Medicare y denominado “monto aprobado por Medicare”; o
- el cargo real si es inferior al monto aprobado por Medicare.

Si su médico participa en Medicare o acepta la asignación de Medicare para el reclamo y está en nuestra red de preferidos, **entonces usted es responsable de** su deducible, coseguro o copagos.

Si su médico participa en Medicare y **no** está en nuestra red de preferidos, **entonces usted será responsable de** todos los cargos.

Si su médico no participa en Medicare y está en nuestra red de preferidos, **entonces usted es responsable de** sus deducibles, coseguro, copagos y cualquier saldo hasta el 115 % del monto aprobado por Medicare.

Nota: En muchos casos, su pago será menor debido a nuestros acuerdos con los preferidos. Comuníquese con su plan local para obtener información sobre lo que su proveedor preferido específico puede cobrarle.

Si su médico no participa en Medicare y **no** es miembro de nuestra red de preferidos, **entonces usted será responsable de** todos los cargos.

Si su médico se excluye voluntariamente de Medicare a través de un contrato privado y está dentro de nuestra red de preferidos, **entonces usted es responsable de** sus deducibles, coseguro, copagos y cualquier saldo que cobre su médico.

Por lo general, le conviene desde el punto de vista financiero recurrir a un médico que participe en Medicare. A dichos médicos se les permite cobrar solo hasta el monto aprobado por Medicare.

Nuestro formulario de Explicación de beneficios (EOB) le indicará cuánto puede cobrarle el médico o el hospital. Si su médico u hospital intenta cobrar más de lo permitido por la ley, pídale que reduzca los cargos. Si ha pagado más de lo permitido, solicite un reembolso. Si necesita más ayuda, llámenos.

Médicos que se excluyen voluntariamente de Medicare

Es posible que un médico se haya excluido voluntariamente de Medicare y puede pedirle o no que firme un contrato privado en el que acepta que se le puedan cobrar de forma directa los servicios que suele cubrir Medicare Original. Es diferente a un médico no participante y le recomendamos que le pregunte a su médico si se ha excluido voluntariamente de Medicare. Si acude a un médico que optó por no participar, el médico no estará limitado al 115 % del monto aprobado por Medicare. Es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre el monto facturado y nuestros beneficios regulares dentro y fuera de la red.

Cuando tiene el plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambos)

Limitamos nuestro pago a un monto que complementa los beneficios que Medicare pagaría según Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), independientemente de si Medicare paga o no.

Nota: Pagamos nuestros beneficios regulares por servicios de emergencia a un proveedor de un centro, como un hospital, que no participa en Medicare y no recibe reembolsos de Medicare.

Utilizamos el Aviso de remesa equivalente a Medicare (MRA) del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) cuando se presenta la declaración de MRA para determinar nuestro pago por los servicios cubiertos que se le brindan si Medicare es el pagador primario, cuando Medicare no paga los centros de VA.

Si está cubierto por la Medicare Parte B y es su pagador primario, sus gastos de bolsillo por los servicios que cubrimos tanto Medicare Parte B como nosotros dependen de si su médico acepta la asignación de Medicare para el reclamo.

Debe acudir a proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

- Si su médico **acepta** la asignación de Medicare, usted no pagará nada por los cargos cubiertos.
- 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.

Es importante saber que un médico que no acepta la asignación de Medicare no puede facturarle más del 115 % del monto en la que Medicare basa su pago, llamado “cargo límite”. El formulario de Aviso resumido de Medicare (MSN) que recibe de Medicare contendrá más información sobre el cargo límite. Si su médico intenta cobrar más de lo permitido por la ley, pídale que reduzca los cargos. Si el médico no lo hace, infórmelo al proveedor de Medicare que le envió el formulario de MSN. Llámenos si necesita más ayuda.

Revise los siguientes ejemplos que ilustran sus obligaciones de gastos compartidos cuando Medicare es su pagador primario y su proveedor está en nuestra red y participa en Medicare en comparación con lo que paga sin Medicare. No confíe únicamente en esta tabla, lea toda la información en esta sección del folleto. Puede encontrar más información sobre cómo nuestro plan se coordina con Medicare en nuestra *Guía sobre Medicare para empleados federales* disponible en línea en www.fepblue.org.

Descripción del beneficio: deducible

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: \$500 para usted; \$1,000 para su familia
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: \$500 para usted; \$1,000 para su familia

Descripción del beneficio: máximo de gastos de bolsillo por protección catastrófica

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: \$9,000 para usted; \$18,000 para su familia
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: \$9,000 para usted; \$18,000 para su familia

Descripción del beneficio: reembolso de primas de la Parte B

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: N/A
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: N/A

Descripción del beneficio: proveedor de atención primaria

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: \$10 o el 30 %
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: \$0.00

Descripción del beneficio: especialista

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: \$10 o el 30 %
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: \$0.00

Descripción del beneficio: hospital para pacientes hospitalizados

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: 30 %
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: \$0.00

Descripción del beneficio: hospital para pacientes ambulatorios

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: 30 %
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: \$0.00

Descripción del beneficio: Incentivos ofrecidos

FEP Blue Focus que usted paga **sin** Medicare Partes A y B: N/A
FEP Blue Focus que usted paga **con** Medicare Partes A y B: N/A

Sección 10: Definiciones de los términos que usamos en este folleto

Lesión accidental	Una lesión causada por una fuerza o elemento externo, como un golpe o una caída, que requiere atención médica inmediata, incluidas mordeduras de animales e intoxicaciones. Nota: Las lesiones dentales al comer no se consideran lesiones accidentales. La atención dental por lesiones accidentales se limita al tratamiento dental necesario para reparar dientes naturales sanos.
Admisión	El período desde el ingreso (admisión) como paciente hospitalizado en un hospital (u otros centros cubiertos) hasta el alta. En el cómputo de días de atención hospitalaria como paciente hospitalizado, la fecha de ingreso y la fecha de alta cuentan como el mismo día.
Planificación avanzada de la atención	Recibir información sobre los tipos de tratamientos de soporte vital disponibles, completar directivas anticipadas y otros formularios estándar o, si le diagnostican una enfermedad terminal, tomar decisiones sobre la atención que le gustaría recibir en caso de que no pudiera expresarse.
Agentes	Medicamentos y otras sustancias o productos administrados por vía oral, inhalados, colocados o inyectados para diagnosticar, evaluar o tratar su afección. Los agentes incluyen medicamentos y otras sustancias o productos necesarios para realizar pruebas como gammagrafías óseas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, exploraciones pulmonares y radiografías, así como aquellos inyectados en la articulación.
Asignación	<p>Una autorización del afiliado o cónyuge para que emitamos el pago de beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarle a usted, al afiliado, directamente por todos los servicios cubiertos. El miembro no puede asignar 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, la asignación 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 reclamo (o, para un reclamo de atención de urgencia, para que un representante actúe en su nombre sin designación) no constituye una asignación. El contrato de la OPM con nosotros, basado en estatutos y regulaciones federales, le otorga el derecho de solicitar una revisión judicial de la acción final de la OPM con respecto a la denegación de un reclamo de beneficios médicos, pero no le otorga autoridad para asignar su derecho a presentar dicha demanda a cualquier otra persona o entidad. Cualquier acuerdo que celebre con otra persona o entidad (como un proveedor u otro individuo o entidad) que autorice a esa persona o entidad a entablar una demanda contra la OPM, ya sea que actúe o no en su nombre, no constituye una asignación, no es una autorización válida en virtud de este contrato, y es nula.</p> <p>Por favor visite www.fepblue.org para obtener un formulario de autorización válido.</p>
Tecnología de reproducción asistida (ART)	Servicios, pruebas y tratamientos reproductivos que involucran la manipulación de óvulos, espermatozoides 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 espermatozoides en el laboratorio y, luego, implantar los embriones o donarlos a una persona capaz de embarazarse.
Medicamento biológico	Un medicamento o producto complejo que se fabrica en un organismo vivo, o sus componentes, y que se utiliza como agente diagnóstico, preventivo o terapéutico.
Medicamento biosimilar	Un medicamento biológico aprobado por la FDA de los EE. UU., que se considera muy similar a un medicamento biológico de marca original, sin diferencias clínicamente significativas con el medicamento biológico original en términos de seguridad, pureza y potencia.
Medicamento biosimilar intercambiable	Un medicamento biosimilar aprobado por la FDA de los EE. UU. que puede sustituir automáticamente al medicamento biológico original de marca.
Año calendario	Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año. Para los nuevos afiliados, el año calendario comienza en la fecha efectiva de su afiliación y finaliza el 31 de diciembre del mismo año.
Aseguradora	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 hace en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y que esté financiado por el Gobierno federal, que se haga conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA de los EE. UU.) o es un ensayo farmacológico que está exento del requisito de una solicitud de investigación de nuevos medicamentos.
Coaseguro	Consulte la sección 4.
Reclamos de atención simultánea	Un reclamo de atención continua o de un tratamiento en curso que está sujeto a aprobación previa. Consulte la sección 3.
Anomalía congénita	Una afección que existía al nacer o desde el nacimiento y que constituye una desviación significativa de la forma o norma habitual. Algunos ejemplos de anomalías congénitas son las protuberancias en las orejas, el labio leporino, el paladar hendido, las marcas de nacimiento, los genitales ambiguos y los dedos de manos y pies palmeados. Nota: Las anomalías congénitas no incluyen las afecciones relacionadas con los dientes o las estructuras intraorales que soportan los dientes.
Copago	Consulte la sección 4.
Beneficios esenciales	Los beneficios del FEP Blue Focus que no tienen copago o tienen un copago bajo. Los beneficios esenciales no están sujetos a deducible ni coseguro. Por lo general, los beneficios se utilizan para recibir cuidados generales y mantener su salud y bienestar general, pero también incluyen cobertura para tratamientos de manipulación de la columna vertebral, acupuntura y lesiones accidentales.
Cirugía cosmética	Cualquier procedimiento quirúrgico o cualquier parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante el cambio de la forma corporal, excepto para la reparación de una lesión accidental, o para restaurar o corregir una parte del cuerpo que ha sido alterada como resultado de una enfermedad o cirugía o para corregir una anomalía congénita.
Gastos compartidos	Consulte la sección 4.
Servicios cubiertos	Servicios para los que otorgamos beneficios, según se describen en este folleto.
Atención a largo plazo o de custodia	<p>Atención en un centro que no requiere acceso a todo el rango de servicios realizados por profesionales de atención médica autorizados que están disponibles las 24 horas del día en instalaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados agudos para evitar consecuencias médicas o psiquiátricas graves e inminentes. Se entiende por “atención en un centro” los servicios prestados en un hospital, centro de atención a largo plazo, centro de atención prolongada, centro de enfermería especializada, centro de tratamiento residencial, escuela, centro de reinserción social, hogar grupal o cualquier otro centro que proporcione tratamiento o servicios especializados o no especializados a personas cuyas afecciones se hayan estabilizado. La atención de custodia o de largo plazo también puede prestarse en la casa del paciente, donde se encuentre.</p> <p>La atención de custodia o de largo plazo puede incluir servicios que una persona sin conocimientos médicos podría realizar de forma segura y razonable con una mínima capacitación, o que asisten al paciente sobre todo en las actividades de la vida diaria, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cuidados personales, incluido el apoyo para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, comer (con cuchara, sonda o gastrostomía), hacer ejercicio o vestirse; 2. labores domésticas, como preparar comidas o dietas especiales; 3. mover al paciente; 4. actuar como acompañante o cuidador; 5. supervisar la medicación que normalmente puede tomarse uno mismo; o 6. tratamientos o servicios que cualquier persona puede realizar con una instrucción mínima, como registrar el pulso, la temperatura y la respiración; o la administración y monitoreo de los sistemas de alimentación. <p>No otorgamos beneficios para la atención de custodia o de largo plazo, al margen de quién recomiende la atención o dónde se preste. La aseguradora, su personal médico o una revisión médica independiente determinan qué servicios son de atención de custodia o de largo plazo.</p>
Equipo médico duradero	Equipos y suministros que sean:

1. recetados por su médico (es decir, el médico que trata su enfermedad o lesión);
2. médicamente necesarios;
3. utilizados principal y habitualmente solo con fines médicos;
4. generalmente útiles solo para una persona con una enfermedad o lesión;
5. diseñados para uso prolongado; y
6. utilizados para cumplir un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Servicios experimentales o de investigación

Experimental o de investigación se refiere a lo siguiente:

1. un medicamento, dispositivo o producto biológico que no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA de los EE. UU.) y al que no se le ha otorgado aprobación para la comercialización en el momento en que se proporciona; o
2. evidencia confiable que muestra que el servicio de atención médica (p. ej., procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento, producto biológico) está sujeto a ensayos clínicos de fase I, II o III en curso o en estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico;
3. evidencia confiable que muestra que el consenso de opinión entre los expertos con respecto al servicio de atención médica (p. ej., procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento, producto biológico) es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o
4. evidencia confiable que muestra que el servicio de atención médica (p. ej., procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, medicamento, producto biológico) no mejora el resultado neto de salud, no es tan beneficioso como cualquier alternativa establecida o no produce mejoras fuera de la investigación.

Evidencia confiable se refiere solo a evidencia publicada en literatura médica revisada por pares generalmente reconocida por la comunidad médica relevante y las recomendaciones de la sociedad de médicos especializados, tales como:

1. informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada;
2. el protocolo o protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento o los protocolos de otro centro que estudia sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, producto biológico, tratamiento o procedimiento médico; o
3. el consentimiento informado por escrito utilizado por los centros de tratamiento o por otros centros que estudian sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, producto biológico, tratamiento o procedimiento médico.

Alternativa genérica

Una alternativa genérica es un medicamento genérico aprobado por la FDA de los EE. UU. de la misma clase o grupo de medicamentos que su medicamento de marca. El efecto terapéutico y el perfil de seguridad de una alternativa genérica son similares a los de su medicamento de marca, pero tiene un ingrediente activo diferente.

Equivalente genérico

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

Cobertura médica grupal

Cobertura de atención médica para la que es elegible según su empleo, o su membresía o conexión con una organización o grupo en particular, que proporciona pago por servicios o suministros médicos, o que paga un monto específico de más de \$200 por día por hospitalización (incluida extensión de cualquiera de estos beneficios a través de COBRA).

Profesional de atención médica

Un médico u otro profesional de atención médica con licencia, acreditación o certificación para realizar servicios de salud específicos en cumplimiento de la ley estatal. Consulte la sección 3 para obtener información sobre cómo determinamos qué profesionales de atención médica están cubiertos por este Plan.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA)	Un cuestionario diseñado para evaluar su salud general e identificar posibles riesgos para la salud. Los miembros del Plan de beneficios de servicios tienen acceso a la HRA de Blue Cross and Blue Shield (llamada “Evaluación de salud de Blue”) que está respaldado por un programa computarizado que analiza su información de salud y estilo de vida y le brinda un plan de acción médico personal y confidencial que es protegido por las disposiciones de privacidad y seguridad de HIPAA. Los resultados de la Evaluación de salud de Blue incluyen sugerencias prácticas para realizar cambios saludables e información médica importante que quizás desee analizar con su proveedor de atención médica. Para obtener más información, visite nuestro sitio web, www.fepblue.org .
Infertilidad iatrogénica	Es una infertilidad causada por una intervención médica o quirúrgica médicamente necesaria para tratar una afección o enfermedad.
Infertilidad	Es una enfermedad o afección caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo o de llevar un embarazo al término de un nacimiento vivo después de una relación sexual regular y sin protección, o la incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como un solo individuo o con su pareja sin intervención médica, o los hallazgos de un médico autorizado basados en el historial médico, sexual y reproductivo, la edad o las pruebas de diagnóstico del paciente.
Paciente hospitalizado	Usted es un paciente hospitalizado cuando ingresa formalmente en un hospital con una orden médica. Nota: La atención hospitalaria requiere certificación previa. Para algunos servicios y procedimientos también se debe obtener aprobación previa. Consulte la sección 3.
Cuidados ambulatorios intensivos	Un programa de tratamiento ambulatorio integral y estructurado que incluye períodos prolongados de sesiones de terapia individual o grupal diseñadas para ayudar a los miembros con trastornos de salud mental o consumo de sustancias. Es un entorno intermedio entre la terapia ambulatoria tradicional y una hospitalización parcial, que generalmente se realiza en centros para pacientes ambulatorios o en un consultorio profesional para pacientes ambulatorios. Las sesiones del programa pueden realizarse más de un día por semana. Los plazos y la frecuencia variarán según el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad.
Plan local	Un plan de Blue Cross o Blue Shield que presta servicios en un área geográfica específica.
Alimentos medicinales	El término alimento medicinal, tal como se define en la sección 5 (b) de la Ley de Medicamentos Huérfanos (21 USC 360ee [b] [3]) es “un alimento que está formulado para ser consumido o administrado bajo la supervisión de un médico y que está destinado al tratamiento dietético específico de una enfermedad o afección para la que se establecen requisitos nutricionales distintivos, a partir de principios científicos reconocidos, mediante evaluación médica”. En general, para ser considerado un alimento medicinal, un producto debe cumplir, como mínimo, los siguientes criterios: el producto debe ser un alimento para alimentación oral o por sonda; el producto debe estar etiquetado para el tratamiento dietético de un trastorno, enfermedad o afección médica específica para la que existen requisitos nutricionales distintivos; y el producto debe estar destinado a administrarse bajo supervisión médica.
Necesidades médicas	Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que se cumplen los criterios de necesidad médica. Necesidad médica se refiere a los servicios de atención médica que un médico, hospital u otro profesional o proveedor del centro cubierto, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. Además, deben cumplir con estas características: <ol style="list-style-type: none"> 1. cumplen con los estándares de práctica médica generalmente aceptados en los EE. UU.; y 2. son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración; y se consideran eficaces para la enfermedad, lesión, afección o síntoma del paciente; y 3. no son principalmente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica; no son más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios al menos con la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión, afección o síntoma del paciente; y 4. no forman parte de la educación escolar o de la capacitación profesional del paciente ni están asociados a ellas; y 5. en el caso de atención como paciente hospitalizado, solo se pueden brindar de manera segura en un entorno hospitalario.

Para estos fines, la declaración “estándares de práctica médica generalmente aceptados” se refiere a los estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por pares y generalmente reconocida por la comunidad médica relevante y las recomendaciones de la sociedad de médicos especializados.

El hecho de que uno de nuestros médicos, hospitales u otros profesionales o proveedores de centros cubiertos haya recetado, recomendado o aprobado un servicio o suministro no lo hace, en sí mismo, médicamente necesario ni estar cubierto por este Plan.

Medicare Parte A	La Parte A ayuda a cubrir las estancias hospitalarias, los cuidados en centros de enfermería especializada, los cuidados paliativos y algunos cuidados médicos a domicilio.
Medicare Parte B	La Parte B cubre los servicios médicamente necesarios, como los servicios y pruebas de los médicos, la atención ambulatoria, los servicios médicos a domicilio, el equipo médico duradero, y otros servicios médicos.
Medicare Parte C	La Parte C es un plan de Medicare Advantage que combina la cobertura de Medicare Parte A y Parte B. La Parte C suele cubrir también beneficios adicionales como servicios dentales, de la visión y de la audición. Algunos planes de la Parte C también incluyen la cobertura de Medicare Parte D.
Medicare Parte D	Los planes de Medicare Parte D ofrecen cobertura para los medicamentos recetados. Las aseguradoras privadas contratan anualmente los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para tener derecho a ofrecer planes de la Parte D. La Parte D puede ofrecerse como un Plan de Medicamentos Recetados (PDP) independiente o como parte de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MAPD).
EGWP de Medicare Parte D	Un Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) de Medicare Parte D es un tipo de plan de medicamentos recetados de Medicare que puede ofrecerse a los empleados y jubilados de determinadas empresas, sindicatos o agencias gubernamentales; y que permite flexibilidad y una cobertura mejorada de los beneficios farmacéuticos tradicionales de Medicare. Ejemplos de EGWP de Medicare Parte D son los EGWP del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MAPD), que incluyen beneficios tanto de salud como de medicamentos, así como los EGWP del Plan de Medicamentos Recetados (PDP), que solo cubren el beneficio de medicamentos recetados.
Afecciones agudas menores	Como beneficio de telesalud, tiene acceso a recibir atención por solicitud para afecciones frecuentes que no son de emergencia. Algunos ejemplos de afecciones frecuentes incluyen problemas sinusales, erupciones cutáneas, alergias, síntomas de resfriado y gripe, etc.
Errores evitables	Errores en la atención médica que son claramente identificables, prevenibles y graves en sus consecuencias, como una cirugía realizada en una parte incorrecta del cuerpo y afecciones específicas que se adquieren durante una hospitalización, como escaras graves.
Beneficios no esenciales	Los servicios médicos cubiertos en los beneficios NO ESENCIALES de FEP Blue Focus están sujetos al deducible y al coseguro. Estos servicios incluyen cobertura de hospitalización, cirugía, trasplante, etc.
Servicios de observación	Aunque puede pasar la noche en una habitación de hospital y recibir comidas y otros servicios hospitalarios, algunos servicios y pernoctaciones (incluidos los “ servicios de observación ”) son en realidad atención ambulatoria. La atención de observación incluye la atención proporcionada a afiliados que requieren tratamiento o monitoreo significativo antes de que un médico pueda decidir si los ingresa como pacientes hospitalizados o los da de alta a su casa. Es posible que el proveedor necesite de 6 a 24 horas o más para tomar esa decisión. Si permanece en el hospital más de unas pocas horas, siempre pregunte a su médico o al personal del hospital si se lo considera paciente hospitalizado o ambulatorio.
Paciente ambulatorio	Usted es un paciente ambulatorio si recibe servicios del área de emergencias, servicios de observación, cirugía ambulatoria, pruebas de laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio en las instalaciones, y el médico no ha escrito una orden para hospitalizarlo. En estos casos, es un paciente ambulatorio incluso si ingresa en una habitación del hospital para observación y pasa la noche en el hospital.

Prestación del Plan

La prestación de nuestro Plan es el monto que utilizamos para determinar nuestro pago y su gasto compartido por los servicios cubiertos. Los planes de pago por servicio determinan sus prestaciones de diferentes maneras. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para consultar por la prestación del plan. Si el monto que su proveedor factura por los servicios cubiertos es menor que el monto de nuestra prestación, basaremos su parte (coseguro, deducible o copagos) en el monto facturado. Determinamos nuestra prestación de la siguiente manera:

- **Proveedores de PPO** (proveedor preferido): nuestra prestación (a la que podemos referirnos como “PPA” para “prestación de proveedor preferido”) es el monto negociado que los proveedores preferidos (hospitales y otros centros, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos contratados con cada plan local de Blue Cross and Blue Shield, y farmacias minoristas que tienen contrato con CVS Caremark) han acordado aceptar como pago completo, cuando pagamos los beneficios primarios.
Nuestra prestación de PPO incluye cualquier descuento conocido que pueda calcularse con precisión en el momento en que se procesa su reclamo. Para las instalaciones de PPO, a veces nos referimos a nuestra prestación como “tarifa preferida”. La tarifa preferida puede estar sujeta a un ajuste periódico después de que se procese su reclamo que puede disminuir o aumentar el monto de nuestro pago adeudado al centro. Sin embargo, su gasto compartido (si corresponde) no cambia. Si el monto de nuestro pago disminuye, acreditamos el monto de la disminución a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagamos ese gasto en su nombre.
- **Proveedores participantes** (proveedores no preferidos): nuestra asignación (a la que podemos referirnos como “PAR” para “prestación de proveedores participantes”), que se aplica cuando un servicio se paga debido a una excepción presentada en la página 18, es el monto negociado que estos proveedores (hospitales y otros centros, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos contratados con algunos planes locales de Blue Cross and Blue Shield) han aceptado como pago total, cuando pagamos los beneficios primarios. Para las instalaciones, a veces nos referimos a nuestra prestación como “tarifa para miembros”. La tarifa para miembros incluye todos los descuentos conocidos que pueden calcularse con precisión en el momento en que se procesa su reclamo y puede estar sujeto a un ajuste periódico después de que se procesa su reclamo que puede disminuir o aumentar el monto de nuestro pago adeudado al centro. Sin embargo, su gasto compartido (si corresponde) no cambia. Si el monto de nuestro pago disminuye, acreditamos el monto de la disminución a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagamos ese gasto en su nombre.
- **Proveedores no participantes** (proveedor no preferido): no tenemos acuerdos con estos proveedores para limitar lo que pueden facturarle por sus servicios. Esto significa que el uso de proveedores no participantes para las excepciones indicadas en la sección 3 podría dar lugar a que usted tuviera que pagar montos considerablemente mayores por los servicios que reciba. Determinamos nuestra prestación de la siguiente manera:
 - Para los servicios recibidos como paciente hospitalizado y otros centros sin un contrato con su plan local de Blue Cross and Blue Shield (“centros que no son miembros”), su prestación se basa en la prestación del plan local. La prestación del plan local varía según la región y se determina según cada plan. Si quisiera recibir información adicional, o para obtener su monto de asignación actual, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. Para hospitalizaciones por emergencias médicas o lesiones por accidentes, o para partos de emergencia, nuestra prestación es la menor de los montos facturados o el monto de pago calificado (QPA) determinado según las leyes y regulaciones federales.
 - Para servicios ambulatorios por emergencias médicas o lesiones por accidentes que facturen centros que no sean miembros, nuestra prestación es la menor de los montos facturados o el monto de pago calificado (QPA) determinado según las leyes y regulaciones federales (menos cualquier monto por los servicios no cubiertos).
 - Para médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que no tengan contratos con su plan local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra asignación es igual al monto mayor entre (1) el monto establecido para la tarifa de asignación de Medicare o el precio de venta promedio (ASP) del medicamento de Medicare Parte B para el servicio, medicamento o suministro en el área geográfica donde se realizó u obtuvo; o (2) el 100 % del monto permitido por el plan local. En ausencia de un monto de la lista de tarifas participantes de Medicare o ASP para cualquier servicio, medicamento o suministro, nuestra asignación permitida es la asignación permitida por el plan local. Comuníquese con su plan local para obtener más información. Podemos referirnos a nuestra asignación para proveedores no

participantes como “NPA” (“asignación de proveedor no participante”).

- Para servicios médicos que no sean de emergencia realizados en hospitales preferidos por médicos y otros profesionales atención médica cubiertos identificados en la NSA (consulte la sección 4) que no tengan contrato con su plan local de Blue Cross and Blue Shield y que no puedan cobrarle el saldo en virtud de esta regulación, nuestra prestación equivale al menor de los montos facturados o el monto de pago calificado (QPA) determinado según las leyes y regulaciones federales.
- Para servicios médicos y de salud mental de emergencia y trastornos de consumo de sustancias realizados en el departamento de emergencia de un hospital por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos y proveedores de ambulancia aérea que no tengan contrato con su plan local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra prestación equivale a la menor de los montos facturados o el monto de pago calificado (QPA) determinado según las leyes y regulaciones federales.
- Para servicios que reciba fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU. de parte de proveedores que no tengan contrato con nosotros o con el Centro de Asistencia en el Extranjero (provisto por GeoBlue), usamos nuestra lista de tarifas para el extranjero para determinar nuestra prestación. Nuestra lista de tarifas se basa en un porcentaje de los montos que asignamos para los proveedores no participantes en el área de Washington D. C., o un porcentaje habitual del cargo facturado, lo que sea más alto.

¡Aviso importante acerca de acudir a proveedores no participantes!

(Solo se cubre a estos proveedores en caso de excepciones)

Nota: Si acude a proveedores no participantes o no miembros (no preferidos) cuando se otorga una excepción (consulte la sección 3), podría tener que pagar montos significativamente más altos por los servicios que recibe. Los proveedores no participantes y no miembros no tienen ninguna obligación de aceptar nuestra prestación como pago total. Si acude a proveedores no participantes o no miembros, será responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado, salvo en algunas circunstancias que involucren la atención de profesionales no participantes (consulte abajo). Además, será responsable de cualquier deducible, coseguro o copago aplicable. Puede reducir sus gastos de bolsillo acudiendo a proveedores preferidos siempre que sea posible. Si quiere localizar un proveedor preferido, visite www.fepblue.org/provider para usar nuestro buscador nacional de médicos y hospitales o comuníquese con Servicio de Atención al Cliente llamando al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. Lo animamos a acudir siempre a proveedores preferidos para su atención.

Nota: Para **algunos** servicios cubiertos de proveedores profesionales no participantes, su responsabilidad por la diferencia entre la prestación de proveedores no participantes (NPA) y el monto facturado puede ser limitada. Consulte la sección 4, *Aviso importante sobre las facturas sorpresa*.

Reclamos posteriores al servicio

Cualquier reclamo que no sea previo al servicio. En otras palabras, los reclamos posteriores al servicio son aquellos en los que se ha realizado el tratamiento y se nos han enviado los reclamos para solicitar los beneficios.

Certificación previa

El requisito de contactar el plan local de Blue Cross and Blue Shield que atiende el área donde los servicios se realizarán antes de que lo admitan como paciente hospitalizado. Consulte la información de certificación previa que figura en la sección 3.

Tenemos una organización de proveedores preferidos (PPO)

Un acuerdo entre los planes locales y los médicos, hospitales, instituciones de atención médica y otros profesionales de la salud cubiertos (o para farmacias minoristas, entre farmacias y CVS Caremark) para prestarle servicios a un costo reducido. El PPO le da una oportunidad para reducir sus gastos de bolsillo para la atención si elige sus centros y proveedores de un grupo específico. Los proveedores de PPO están disponibles en la mayoría de los lugares; usarlos siempre que sea posible ayuda a controlar los gastos de atención médica y reducir sus gastos de bolsillo. La elección de proveedores PPO es únicamente la responsabilidad del plan local (o de CVS Caremark para las farmacias). No podemos garantizar que un proveedor específico seguirá participante en estos acuerdos de PPO.

Reclamos previos al servicio

Aquellos reclamos (1) que necesitan certificación o aprobación previas o derivación, y (2) que, si no se obtiene la certificación o aprobación previas o derivación, los beneficios se reducen.

Atención preventiva, adultos	La atención preventiva para adultos incluye los siguientes servicios: consultas y exámenes preventivos (incluidos servicios de detección médica para medir la altura, el peso, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y el índice de masa corporal [BMI]); panel de salud general; panel metabólico básico o integral; perfil de lipoproteínas en ayunas; análisis de orina; CBC; detección de diabetes sacarina, hepatitis B y hepatitis C, y tuberculosis latente; detección de trastornos de consumo de alcohol o sustancias; orientación para la reducción de riesgos de salud; detección de la depresión; detección de clamidia, sífilis, gonorrea, HPV y HIV; detección de violencia de la pareja para mujeres en edad reproductiva; administración e interpretación de un cuestionario de evaluación de riesgos de la salud; detección de cáncer incluida la prueba de CT de dosis baja para el cáncer de pulmón; detección de aneurismas aórtico abdominal; detección de osteoporosis, tal como se indica en este folleto; e inmunizaciones certificadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA de los EE. UU.). Nota: Los servicios de anestesia y de patología relacionados con los exámenes de detección preventivos colorrectales también se pagan como atención preventiva.
Aprobación previa	Garantía escrita de que los beneficios serán provistos por: <ol style="list-style-type: none"> 1. el plan local donde se realizarán los servicios; o 2. el Programa de Farmacias Minoristas o el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados. <p>Para obtener más información, consulte las descripciones de los beneficios en la sección 5 y otros servicios en la sección 3, en <i>Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios</i>.</p>
Reembolso	La búsqueda de recuperación de una aseguradora si una persona cubierta ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, en relación con esa enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier política del seguro o un programa de compensación laboral o política de seguros, y las condiciones del plan de beneficios médicos de la aseguradora exigen que el individuo cubierto, como resultado de dicho pago, reembolse a la aseguradora por el pago en la medida del pago o prestación inicial de los beneficios. El derecho de reembolso es acumulativo con el derecho de subrogación y no es exclusivo de él.
Repatriación	El acto de retornar al país de nacimiento, ciudadanía u origen.
Servicios de rutina	Servicios no relacionados con una enfermedad, lesión, conjunto de síntomas o atención de maternidad en específico (además de los gastos de rutina relacionados con un ensayo clínico, según se define en esta sección).
Servicios de exámenes médicos	Una evaluación o prueba que se hace a un individuo sin señales o síntomas de una enfermedad en específico para la cual se está haciendo la evaluación o prueba, con el fin de identificar la posibilidad de esa enfermedad y prevenir que ocurra.
Diente natural sano	Un diente que está completo o restaurado adecuadamente (restauración con amalgama o rellenos a base de resina únicamente); que no tiene daño, periodontal u otras afecciones; y que no necesita tratamiento por ninguna otra razón que una lesión por accidente. Para propósitos de este Plan, un diente que se haya restaurado previamente con una corona, incrustación, recubrimiento o porcelana, o que haya sido tratado mediante endodoncia, no se considera como un diente natural sano.
Medicamentos especializados	Productos farmacéuticos que se incluyen en la Lista de medicamentos de FEB Blue Focus y que suelen tener costos altos y presentar una o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos terapéuticos de administración con inyectables, infusión, inhalación o por vía oral, o productos de biotecnología. • Terapia compleja con medicamentos para una afección crónica o compleja o un alto potencial de efectos adversos. • Se necesita la capacitación especializada para el paciente acerca de la administración de medicamentos (incluidos los suministros y aparatos que se necesitan para la administración) y la coordinación de la atención antes de iniciar la terapia con medicamentos o durante esta. • Requisitos únicos de cumplimiento del paciente y monitoreo de la seguridad. • Requisitos únicos para el manejo, envío y almacenamiento.
Subrogación	La búsqueda de recuperación de una aseguradora de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier política del seguro o un programa de compensación laboral o política del seguro, como sucesora de los derechos de un individuo cubierto que haya sufrido una enfermedad o lesión y haya obtenido beneficios del plan de beneficios médicos de la aseguradora.

Dermatología de telesalud	Dentro del beneficio de telesalud, las afecciones dermatológicas tratadas incluyen, entre otras, el acné, la dermatitis, el eccema, la psoriasis, la rosácea, la queratosis seborreica, las infecciones fúngicas, la sarna, los lunares sospechosos y las verrugas. Los miembros capturan las imágenes digitales importantes, las combinan con las respuestas de cuestionarios integrales y las envían a la red dermatológica sin necesidad de una interacción por teléfono o video.
Servicios de telesalud	Servicios que no son emergencias que se prestan por teléfono o video o mensajería en línea de manera segura para afecciones agudas menores, atención dermatológica, salud conductual u orientación para trastornos de consumo de sustancias y orientación nutricional. Visite www.fepblue.org/telehealth o llame al 855-636-1579 (TTY: 711) (línea gratis) para acceder a este beneficio. Luego de su consulta de telesalud, haga el seguimiento con su proveedor de atención primaria o especialista.
Servicios de telemedicina	Servicios que se prestan por teléfono o video o mensajería en línea de manera segura para los servicios de evaluación y gestión. Esto no incluye el uso de fax o correo electrónico, los costos por mantener las tecnologías de telesalud (telemedicina) del proveedor, o las tarifas de los servicios asíncronos, es decir, información médica almacenada y enviada para revisión en otro momento por el médico o profesional de atención médica que se encuentre en un sitio remoto sin que el paciente esté presente. Los proveedores deben realizar servicios que estén cubiertos actuando dentro del alcance de su licencia o certificación según la ley estatal aplicable. Tenga en cuenta que su proveedor de atención médica debe saber cuándo y dónde puede tratarlo. Usted, a su vez, es responsable de identificar correctamente a su proveedor en el lugar en que 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., ya que es un requisito de la legislación aplicable.
Período de trasplante	Un número definido de días consecutivos asociados con un procedimiento de trasplante de órgano/tejido cubierto por el seguro.
Reclamos de atención de urgencia	<p>Un reclamo de atención o tratamiento médico es un reclamo de atención de urgencia si esperar el límite de tiempo regular para reclamos de atención no urgente podría tener uno de los siguientes impactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperar podría poner en grave riesgo su vida o su salud. • Esperar podría poner en grave peligro su capacidad para recuperar sus funciones máximas. • Según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, esperar lo sometería a un dolor intenso que no podría controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el objeto del reclamo. <p>Los reclamos de atención de urgencia generalmente involucran reclamos previos al servicio y no reclamos posteriores al servicio. Juzgaremos si un reclamo corresponde a una atención de urgencia aplicando el criterio de un legalista prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina.</p> <p>Si cree que su reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación e infórmenos que el reclamo es urgente. También puede probar que su reclamo es un reclamo de atención de urgencia proporcionando evidencia de que un médico con conocimiento de su afección médica ha determinado que su reclamo involucra atención de urgencia.</p>
Nosotros/nos/nuestro	“Nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren al Plan de beneficios de servicios y a los planes locales de Blue Cross and Blue Shield que lo administran.
Beneficios integrales	Los beneficios INTEGRALES de FEP Blue Focus no están sujetos al deducible y tienen ya sea un copago distinto al que se aplica con los beneficios ESENCIALES (es decir, \$25 por las 25 consultas combinadas de terapia física) o un nivel de coseguro distinto al que se aplica con los beneficios NO ESENCIALES (es decir, los medicamentos preferidos de marca se pagan al 40 % de la prestación del Plan hasta \$350 por una receta de 30 días).
Usted/su	“Usted” y “su” se refieren al afiliado (el titular del contrato elegible para la inscripción y la cobertura según el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal, e inscrito en el plan) y a cada familiar cubierto.

Índice

No confíe solo en el contenido de esta página, ha sido elaborado para su comodidad y es posible que no contenga todas las páginas donde aparecen los términos. Este índice no es una declaración oficial de beneficios.

Aborto 111-112	Cambios para 2025 16	Ecografías 38, 68-71
Acupuntura 53, 63, 68-71	Cáncer de próstata.....39-41	Educación sobre la diabetes..... 53, 68-71
Administración de casos 72-74, 104-105	Células madre de la sangre o médula ósea 59-62	Electrocardiogramas 38, 68-71
Alimentos médicos.....52, 87-88, 93-94, 134	Centro de asistencia en el extranjero 107	Electroencefalogramas 38, 68-71
Alojamiento y comida 65-68, 71-72, 82	Centro de atención de urgencia..... 76-79	Embarazo (consulte: Atención de maternidad)
Ambulancia.....75	Centro de cirugía ambulatoria..... 17-18, 68-71	Medicamentos con receta
Análisis de ADN en muestras de heces39-41	Centro de tratamiento residencial (RTC)..... 17-18, 71-72, 82	Medicamentos de marca. 84-86, 88-89, 91-92,94-95
Análisis de comportamiento aplicado (ABA)..... 20-23, 47, 68-71	Centro de VA..... 32, 129	Emergencia médica..... 76-79
Anestesia63	Centros afiliados 14-15	Emergencia..... 27, 76-79
Angiografías 38, 68-71	Centros de maternidad..... 17-18	Enfermería.....52-53, 72-74, 103
Anomalías congénitas..... 55-56, 132	Centros no afiliados 14-15, 17-18	Ensayos clínicos 60-62, 123, 132
Anteojos49	Certificación previa..... 20, 137	Equivalentes genéricos..... 86-87, 92-93
Anticonceptivos 44-45, 68-71, 88-89, 94-99	CHAMPVA..... 120-121	Errores evitables 6-8, 135
Apelaciones 28, 116-118	Circuncisión 55-56	Evaluación de Salud de Blue103, 134
Aplicación móvil de feplblue106	Cirugía bucal58	Exámenes físicos 39-43, 68-71,111-112
Aprobación previa..... 20-23, 25-26, 138	Cirugía cosmética 55-57, 132	Exámenes/pruebas genéticas 38, 68-71
Asignación del plan..... 136-137	Cirugía maxilofacial.....58	Exclusiones 111-112
Atención a largo plazo o de cuidados básicos..... 111-112, 132	Cirugía54-63	Exenciones 30
Atención de alergias.....46	Cirujano asistente..... 19, 36, 55-56	Experimental o de investigación 133
Atención de enfermería a domicilio (maternidad).....52-53	Cirujano asistente..... 19, 55-56	Exploraciones por PET 38, 68-71
Atención de observación.....135	Clases y programas educativos53	Extractor de leche y suministros 43-44
Atención de reafirmación de género56-57	Cobertura de reemplazo..... 13	Familias sanas 103
Atención dental 101-102	Colonoscopia39-41, 55-56, 68-71	Farmacoterapia 37-38, 47
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF).....72	Confidencialidad..... 14-15	FEDVIP101, 122
Atención especializada Blue Distinction17-18	Consultas clínicas 37-38, 68-71, 80-81	feplblue.org4
Atención obstétrica..... 43-44, 66-68	Consultas 37-38, 80-81	Fisioterapia..... 48, 68-74
Atención por maternidad 25, 27, 43-44, 66-68	Continuación temporal de la cobertura (TCC).....102-113	Formulario/lista de medicamentos preferidos 84-86, 90-92
Atención preventiva	Control de enfermedades..... 104-105	Fraude 4
Adulto..... 39-41, 138	Control de peso 20-23, 103	Gasto compartido 29
Niño41-43	Coordinación de beneficios 24-25, 120-130	Gastos de bolsillo..... 31-32
Audífonos y servicios auditivos 48, 50, 111-112	Copagos..... 29, 31-32	Gastos de los servicios cubiertos..... 29-32
Autotrasplantes59-62	Coseguro 29, 31-32	Gastos del donante 62
Beneficios de atención extendida72	Cuidado de los pies50	Herramientas de salud 103
Beneficios de viaje 62, 103	Cuidado del recién nacido 27, 37-38, 43-44, 66-68	Hospital
Beneficios esenciales..... 35, 132	Cuidados paliativos 72-74	para pacientes ambulatorios..... 68-71, 82-83
Beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....65-66	Daily Habits 103	para pacientes hospitalizados.... 20, 27, 65-66, 82
Beneficios no esenciales 35, 135	Declaraciones verbales 28, 104-105	Información de la cobertura 9
Beneficios que no son de PSHB..... 110	Deducible 29	Inmunizaciones 39-43, 96-99
Beneficios WRAP 35, 139	Definiciones 131-139	Inscripción..... 1, 9-10
Biopsias 39-41, 55-56, 68-71	Dejar de fumar..... 53, 96-99	Insulina 88-89, 94-95
Blue Distinction Centers..... 17-18, 59-60	Dejar el tabaco..... 53, 96-99	Jeringas 88-89, 94-95
for Transplants..... 58-60, 62	Derechos y responsabilidades 14-15	Lentes de contacto 49
Bombas de insulina51-52	Detección de cáncer de cuello uterino39-43	Lesión accidental 77-78, 101, 131
Buscador nacional de médicos y hospitales 104	Detección de osteoporosis 138	Ley de Equidad para los Niños 11
	Detección por CT de dosis baja 138	Ley Sin Sorpresas (NSA) 30-31
	Diálisis 47, 51-52, 68-71	Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA)..... 13, 96-99
	Dispositivos generadores de voz51-52	Mamografías 39-41
	Dispositivos ortopédicos 50, 68-71	Medicaid 121
	Dispositivos protésicos.....50, 65-66, 68-71	Médicamente necesarios20, 27, 51-52, 71-72,75
	Divorcio 12	

Medicamentos (consulte: medicamentos con receta)	Programas de gestión de la atención	Servicios profesionales ambulatorios
Equipo médico duradero..... 51-52, 104-105 37-38, 80-81
68-71, 132-133	Protección ante catástrofes 31-32, 93-94	Servicios profesionales para
Dispositivos protésicos..... 50, 65-66,	Proveedor de atención primaria (PCP) ...35	pacientes hospitalizados .. 37-38, 80-81
68-71	Proveedores de centros cubiertos 17-18	Servicios reproductivos..... 45-46, 131
Medicamentos autoinyectables.....84	Proveedores de centros..... 17-18	Tecnología de reproducción asistida
Medicamentos de marca 84-86, 88-89,	Proveedores no participantes .. 30, 136-137	(ART).....45-46, 96-99, 131
91-92, 94-95	Proveedores no preferidos 14-15, 17, 30	Servicios, medicamentos, suministros
Farmacias minoristas preferidas 84-86,	Proveedores participantes 30, 136-137	y reclamos en el extranjero..... 107-109
88-89, 114	Proveedores preferidos14-15, 17, 104	Sillas de ruedas..... 51-52
Medicamentos autoinyectables.....84	Proveedores profesionales cubiertos..... 17	Situaciones de excepción..... 19-20
Medicamentos de otras fuentes 100	Proveedores profesionales 14-15, 17	Subrogación 121-122, 138
Medicamentos especializados ...84-86,	Prueba de sangre oculta en heces 39-41	Suministros médicos52, 65-66, 72-74
88-89, 91-92, 94-95, 138	Pruebas de cáncer colorrectal	Agujas y jeringas desechables ... 88-89,
Medicamentos genéricos84-89,	Colonoscopia..... 39-41, 55-56, 68-71	94-95
91-92, 94-95	Prueba de sangre oculta en heces 39-41	Bombas de insulina..... 51-52
Programa de Farmacias de	Sigmoidoscopia.....39-41	Insulina, tiras reactivas y lancetas
Medicamentos Especializados ..84-86,	Pruebas de cáncer.....39-41 88-89, 94-99
88-89, 114	Pruebas de colesterol.....38-41	Suministros para diabéticos
Programa de Farmacias Minoristas	Pruebas de densidad ósea 38, 68-71	Programa de Medidor de Diabetes
..... 84-86, 108-109	Pruebas de Papanicolaou 39-43 96-99
Medicamentos especializados84-86,	Pruebas del virus del papiloma humano	Suministros para ostomía y catéteres 52
88-89, 94-95, 138	(HPV).....39-43	Tarjetas de identificación 17
Medicamentos genéricos 86-89, 94-95	Pruebas diagnósticas ..38, 43-44, 49, 80-83	Telesalud
Medicamentos para promover una	Pruebas neurológicas..... 38, 68-71	Afecciones agudas menores. 17, 37-38,
mejor salud96-99	Pruebas previas a la admisión 65-66	105, 135
Medicamentos y suministros.. 88-89, 94-99	Psicoterapia 80-83	Dermatología 37-38, 139
Medicare..... 1, 24-25, 120-130	Quimioterapia 47, 68-71	Orientación nutricional..... 105
Médico 14-15, 124, 128-129, 133	Radiografías 38, 68-71	Trastorno de salud mental/uso de
Mercado de seguros de salud13	Radioterapia 47, 68-71	sustancias 105
Monitoreo cardiovascular 38, 68-71	Reclamos de atención de urgencia . 26, 139	Terapia del habla 48, 68-74
MRI.....38, 68-71	Reclamos en disputa..... 116-118	Terapia ocupacional..... 48, 68-72
Múltiples procedimientos54-55	Reclamos y presentación	Terapias de tratamiento 47
Afirmación de género.....54-57	de reclamos en el extranjero ... 107-109	Tomografías computarizadas..... 38, 68-71
Bucal y maxilofacial.....58	Posterior al servicio..... 113-114,	Trabajador social 104-105
Esterilización, reversión de la	116-118, 137	Trasplantes alogénicos 60-62
esterilización voluntaria.. 44- 45, 55-56	Previo al servicio.....20, 27, 137	Trasplantes de órganos/tejidos..... 54-63
Implantes quirúrgicos 50, 68-71	Reconsideraciones..... 27-28, 116-118	Trasplantes 54-63
Múltiples procedimientos.....54-56	Reconstrucción mamaria 56-57	Trastorno de salud mental/por consumo de
Ojos: cataratas, ambliopía, estrabismo	Prótesis mamarias y	sustancias 80-83, 105
..... 49, 55-56	sujetadores quirúrgicos50	Trastorno del espectro autista 47, 68-71
Paciente ambulatorio68-71	Apoyo y suministros para la lactancia	Trastorno por consumo de sustancias
Reconstructiva56-57	materna 80-83, 139
Trasplantes..... 20-23, 58-62	Registro médico personal 103	Tratamiento manipulativo quiropráctico
Tratamiento quirúrgico de la obesidad	Rehabilitación cardíaca 47, 68-71 53, 68-71
grave.....20-23	Rehabilitación cognitiva..... 48, 68-72	Tratamiento manipulativo 53, 68-71
Opción de beneficios flexibles 105	Rehabilitación pulmonar 47, 68-71	Tratamientos alternativos 53
Orientación nutricional.. 37-43, 65-66, 105	Sangre y plasma sanguíneo..... 52, 68-71	TRICARE 120-121
Oxígeno 51-52, 72-74	Segunda opinión sobre cirugía.....37-38	Vacunas 39-43, 96-99
Pagos en exceso32	Servicio electrónico de Atención al Cliente	Visitas al consultorio..... 37-38, 80-81
Pelucas50	MyBlue..... 104	Yesos/férulas54-55, 65-66, 68-71
Planificación familiar44-45	Servicios de atención médica a domicilio	
PPO..... 14-15, 17-18, 13752-53	
Procedimientos de esterilización.....44-45	Servicios de diagnóstico y tratamiento	
Programa de Farmacias de Medicamentos37-38	
Especializados..... 84-89, 114	Servicios de exámenes médicos..... 39-41,	
Programa de Incentivo de Exámenes	138	
Físicos Anuales de Rutina..... 106	Servicios de la visión 49, 122	
Programa de Manejo de la	Servicios de laboratorio y patología38,	
Hipertensión..... 103-1-04	65-66, 68-71, 77-79	
Programa de Monitoreo de la Calidad y la	Servicios en centros para pacientes	
Seguridad del Paciente (PSQM) 86-87	ambulatorios..... 68-71, 102	

Resumen de beneficios del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield, FEP Blue Focus, 2025

No confíe únicamente en el contenido de esta tabla. Este es un resumen. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones mencionadas en este folleto. Antes de tomar una decisión definitiva, lea este folleto de PSHB.

También puede obtener una copia de nuestro Resumen de beneficios y cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio en el folleto www.fepblue.org/.

Si desea inscribirse o modificar su inscripción en este Plan, asegúrese de poner el código de inscripción correcto que se muestra en la portada de su formulario de inscripción.

Abajo, un asterisco (*) significa que el artículo está sujeto al deducible por año calendario de \$500 por persona (\$1,000 por inscripción a Individual + 1 o Individual y familia). Si acude a un médico que no sea PPO, no se dan los beneficios.

Beneficios	Usted paga	Página
Servicios médicos provistos por médicos, especialistas y otros profesionales de atención médica: preventivo, adulto	Proveedor preferido: no corresponde. No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.	39-41
Servicios médicos provistos por médicos, especialistas y otros profesionales de atención médica: preventivo, niño	Proveedor preferido: no corresponde. No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.	41-43
Servicios médicos provistos por médicos, especialistas y otros profesionales de atención médica: consultas profesionales	Proveedor preferido: \$10 por las primeras 10 consultas por año calendario (combinadas de salud médica y mental y trastornos por consumo de sustancias) Luego de la 10. ^a consulta: el 30 %* de la prestación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.	37
Servicios médicos provistos por médicos, especialistas y otros profesionales de atención médica: servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio	Proveedor preferido: el 30 %* de la prestación del plan (se aplica el deducible). No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.	38
Servicios médicos provistos por médicos, especialistas y otros profesionales de atención médica: servicios de telesalud	Proveedor de telesalud preferido: nada No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.	37, 81
Servicios proporcionados por un hospital: paciente hospitalizado	Preferido: el 30 %* de la prestación del plan (se aplica el deducible). No preferido (afiliado/no afiliado): usted paga todos los cargos.	65-66
Servicios proporcionados por un hospital: paciente ambulatorio	Preferido: el 30 %* de la prestación del plan (se aplica el deducible). No preferido (afiliado/no afiliado): usted paga todos los cargos.	68-71

Beneficios	Usted paga	Página
Beneficios en caso de emergencia: lesión accidental	<p>Preferido: nada por servicios médicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios dentro de las siguientes 72 horas (luego se aplican los beneficios regulares)</p> <p>Non preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participante: nada por servicios médicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios dentro de las siguientes 72 horas (luego, beneficios regulares) • No participante: cualquier diferencia entre la prestación del plan y el monto facturado por servicios médicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios dentro de las siguientes 72 horas (luego, beneficios regulares) <p>Servicios de transporte en ambulancia: nada</p>	77
Beneficios en caso de emergencia: emergencia médica	<p>Profesional, hospital para pacientes ambulatorios: Atención de urgencia preferida; con un copago de \$25, atención en sala de urgencias PPO y no PPO: el 30 %* de nuestra prestación (se aplican deducibles); beneficios regulares para atención médica y hospitalaria* recibidos en lugares distintos a la sala de urgencias/centro de atención de urgencia PPO</p> <p>Maternidad:</p> <p>Servicios de transporte en ambulancia: el 30 %* de nuestra prestación (se aplica el deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencias (participante/no participante) no preferido: usted paga todos los cargos</p>	78
Consultas de salud mental	<p>Proveedor preferido: \$10 por las primeras 10 consultas por año calendario (combinadas de salud médica y mental y trastornos por consumo de sustancias)</p> <p>Luego de la 10.^a consulta: el 30 %* de la prestación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>	81
Tratamiento de trastornos de salud mental y consumo de sustancias (paciente hospitalizado y ambulatorio)	<p>Proveedor preferido: el 30 %* de la prestación del plan (se aplica el deducible).</p> <p>No preferido (participante/no participante): usted paga todos los cargos.</p>	81-83
Medicamentos con receta: Programa de Farmacias Minoristas	<p>Farmacia minorista preferida nivel 1 (genérico): \$5 de copago para un suministro de hasta 30 días</p> <p>Farmacia minorista preferida nivel 2 (medicamentos de marca): el 40 % de coseguro de la prestación del plan (hasta un máximo de \$350) para un suministro de hasta 30 días</p> <p>Farmacia no preferida: usted paga todos los cargos.</p>	88
Medicamentos con receta: Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados	<p>Farmacia de medicamentos de especialidad preferidos</p> <p>Nivel 2: el 40 % de coseguro de la prestación del plan (hasta un máximo de \$350) para un suministro de hasta 30 días</p>	89

Beneficios	Usted paga	Página
Atención dental	Tratamiento de una lesión dental accidental en un plazo de 72 horas (luego, beneficios regulares) Preferido: nada No preferido: <ul style="list-style-type: none"> • Participante: no corresponde (sin deducible) • No participante: cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado (sin deducible) 	101
Bienestar y otras características especiales: Herramientas de salud, evaluación de salud de Blue, MyBlue® Customer eService, buscador nacional de médicos y hospitales, Healthy Families, beneficios/servicios de viaje en el extranjero, programas de gestión de la atención y Programa de Incentivos por Exámenes Físicos Anuales de Rutina	Consulte la sección 5(h).	103-106
Protección contra gastos catastróficos (su máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica)	<ul style="list-style-type: none"> • Individual: nada después de \$9,000 por contrato por año • Individual + 1: nada después de \$18,000 (PPO) por contrato por año • Individual y familia: nada después de \$18,000 por año Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Algunos costos no califican para esta protección. • Cuando un familiar cubierto (contratos Individual + 1 e Individual y familia) alcanza el máximo de la cobertura Individual durante el año calendario, los reclamos de ese miembro ya no estarán sujetos a los montos de gastos compartidos asociados del miembro durante el resto del año. Los demás familiares deberán pagar el resto del máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica. 	31

Notas

Información de las tarifas para 2025 del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield

Para comparar las opciones de su plan de salud de PSHB, visite www.health-benefits.opm.gov/pshb.

Para consultar las tarifas de las primas de todas las opciones de planes de salud del PSHB, visite <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/pshb/premiums/>.

Tipo de inscripción	Código de inscripción	Tarifa de prima			
		Quincenal		Mensual	
		Parte del Gobierno	Su parte	Parte del Gobierno	Su parte
FEP Blue Focus: Individual	35A	\$177.53	\$59.17	\$384.64	\$128.21
FEP Blue Focus: Individual + 1	35C	\$381.65	\$127.21	\$826.90	\$275.63
FEP Blue Focus: Individual y familia	35B	\$419.78	\$139.92	\$909.51	\$303.17