

Plan de beneficios de servicios de Blue Cross® and Blue Shield®

www.fepblue.org



2025

Plan de pago por servicio (opciones FEP Blue Standard y FEP Blue Basic) 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

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

Códigos de inscripción del plan:

- 33D Opción estándar: Individual
- 33F Opción estándar: Individual + 1
- 33E Opción estándar: Individual y familia
- 33A Opción básica: Individual
- 33C Opción básica: Individual + 1
- 33B Opción básica: Individual y familia

IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Cambios para 2025: Página 16
- Resumen de beneficios: Página 169

PSHB

Autorizado para su distribución por:



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

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

RI - 71-020

Aviso importante

Aviso importante para los empleados activos del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield elegibles para Medicare sobre la cobertura de medicamentos recetados y 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 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, se encuentra disponible ayuda adicional para el pago del plan de medicamentos con receta 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: 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 711.

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
Cuando pierdes 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).....	13
• Encontrar cobertura alternativa.....	13
• Mercado de seguros de salud.....	13
Sección 1: Cómo funciona este plan.....	14
Características generales de nuestras opciones básica y estándar.....	14
Tenemos una organización de proveedores preferidos (PPO).....	14
Cómo pagamos a los proveedores profesionales y de servicios.....	14
Sus derechos y responsabilidades.....	15
Su historial médico y de reclamos es confidencial.....	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
• Proveedores de centros cubiertos.....	17
Qué debe hacer para obtener atención médica.....	19
• Atención de transición.....	20
• Si está hospitalizado cuando comienza su afiliación.....	20
Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios.....	21
• Hospitalización, ingreso en un centro residencial de tratamiento o ingreso en un centro de enfermería especializada.....	21
• Otros servicios.....	21
• Cirugía realizada por proveedores no participantes en la Opción Estándar.....	24
Cómo solicitar una certificación previa para una admisión u obtener autorización previa para <i>otros servicios</i>	24
• Reclamos de atención no urgente.....	25
• Reclamos de atención de urgencia.....	25
• Reclamos de atención simultánea.....	25

• Admisión de emergencia para pacientes hospitalizados.....	26
• Atención por maternidad.....	26
• Si se debe prolongar su estadía en el centro.....	26
• Si se debe prolongar su tratamiento.....	26
Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo antes del servicio.....	26
• Reconsideración de un reclamo de atención no urgente.....	26
• Cómo reconsiderar un reclamo de atención de urgencia.....	27
• Presentar una apelación ante la OPM.....	27
Sección 4: Sus costos por los servicios cubiertos.....	28
Costo compartido.....	28
Copago.....	28
Deducible.....	28
Coseguro.....	29
Si su proveedor lo exime habitualmente de su costo.....	29
Exenciones.....	29
Diferencias entre nuestra asignación y la factura.....	29
Aviso importante sobre las facturas sorpresa: conozca sus derechos.....	32
Sus costos por otros cuidados.....	32
El máximo de gastos de bolsillo de protección catastrófica para deducibles, coseguros y copagos.....	33
Transferencia.....	34
Si le pagamos de más.....	34
Cuando los centros gubernamentales nos facturan.....	34
Sección 5: Beneficios.....	35
Beneficios fuera de PSHB disponibles para los afiliados del plan.....	135
Sección 6: Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos.....	136
Sección 7: Presentar un reclamo por servicios cubiertos.....	138
Sección 8: Proceso de reclamos disputados.....	142
Sección 8(a): Proceso de reclamos en disputa del EGWP del PDP de Medicare.....	145
Sección 9: Coordinación de beneficios con Medicare y otras coberturas.....	146
Cuando tiene otra cobertura de salud.....	146
• TRICARE y CHAMPVA.....	146
• Compensación de los trabajadores.....	147
• Medicaid.....	147
Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su atención.....	147
Cuando otros son responsables de las lesiones.....	147
Cuando tiene un Plan de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP).....	148
Ensayos clínicos.....	148
Cuando tiene Medicare.....	149
• El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B).....	149
• Infórmenos sobre su cobertura de Medicare.....	150
• Contrato privado con su médico.....	150
• Medicare Advantage (Parte C).....	150
• Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D).....	151
• Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare.....	151
• Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte B).....	152
Cuando tiene 65 años o más y no tiene Medicare.....	154
Médicos que se excluyen voluntariamente de Medicare.....	155
Cuando tiene el plan Medicare Original (Parte A, Parte B o ambos).....	155
Sección 10: Definiciones de los términos que usamos en este folleto.....	157
Índice.....	167

Resumen de beneficios de la opción estándar del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield en 2025	169
Resumen de beneficios de la opción básica del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield en 2025	171
Información de tarifas de 2025 para el Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield	174

Introducción

En este folleto, se describen los beneficios de las **opciones FEP Blue Standard y FEP Blue Basic del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield**, conforme al contrato (CS 1039) entre Blue Cross and Blue Shield Association y la Oficina de Administración de Personal de los 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 comuníquese con su plan local llamando al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

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 atención de la salud.

Si está inscrito en este plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito en la cobertura Individual + 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 del 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, indicamos 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 ni a personas que no conoce, excepto a su proveedor de atención de la salud, el 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 por cuestiones de precisión y para asegurarse 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 elemento 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 de 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 DE LA SALUD 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 la sentencia de divorcio o la anulación definitivas (incluso si hay una orden de un tribunal que estipule lo contrario).
 - Su hijo mayor de 26 años (a menos que ya tuviera una discapacidad y fuera incapaz de valerse por sí mismo antes de cumplir los 26).
- 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.
- 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 Continuidad temporal de la cobertura (TCC).
- El fraude o la tergiversación intencional de 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 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 miembro 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 embarazo, orientación sexual e 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 embarazo, orientación sexual e 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:

Plan de beneficios de servicios de Blue Cross® and
Blue Shield® para 2025

5

Introducción/Lenguaje sencillo/Avisos

- 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, como, por ejemplo:
 - 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 la contraportada 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 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 Servicio de Atención al Cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro. Para TTY, marque 711.

Evitar errores médicos

Los errores médicos siguen siendo una causa importante de las muertes que podían 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 responsabilizando a los hospitales y a los proveedores de atención de la salud por la calidad de la atención y la reducción de los errores médicos.

También puede mejorar la calidad y la seguridad de su propia atención de la salud y la de sus miembros familiares al aprender más y comprender sus riesgos. 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 del medicamento y qué debe evitar mientras lo toma. Asegúrese de escribir todo lo que su médico o farmacéutico le diga.
- Asegúrese de que el medicamento sea el que solicitó el médico. Pregunte al farmacéutico sobre el medicamento si 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 la marca de su medicamento. Esto ayuda a garantizar que no reciba dos dosis al tomar un medicamento genérico y 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.
- Pregunte 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 anestesiólogo y al personal de enfermería de cualquier alergia, de reacciones adversas a la anestesia, y de los medicamentos o suplementos nutricionales que esté tomando.

Enlaces de 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.
- 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.
- ahrq.gov/patients-consumers/. La Agency for Healthcare Research and Quality deja 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 una asistencia médica más segura para usted y su familia.
- 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.
- leapfroggroup.org. El Leapfrog Group cumple un rol activo en promover prácticas seguras en la atención hospitalaria.
- 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 médica 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 produzcan 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 promueve a los hospitales reducir las probabilidades de afecciones adquiridas en hospitales, como determinadas infecciones, escaras graves y fracturas, y para disminuir los 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 si la atención se relaciona con el tratamiento de una afección específica adquirida en un hospital si usa los hospitales preferidos o para miembros. Esta política lo protege de tener que pagar el costo del tratamiento de estas afecciones y promueve 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 ha tenido antes de que se inscribiera 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 del 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 responderle 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 miembros 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 tipo de 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 miembro familiar elegible. La cobertura Individual y familia es para el afiliado y uno o más miembros familiares elegibles. Los miembros 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 tiene un tipo de inscripción 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 que se vuelve un miembro 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 Individual + 1 o a 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 miembro 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 de 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 tiene un evento de vida que califica (QLE), como matrimonio, divorcio o nacimiento de 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 miembros familiares cubiertos en el tipo de inscripción Individual y familia 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 miembro 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 comenzó 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 el empleador o que tienen este tipo de seguro están cubiertos hasta los 26 años.

Los recién nacidos de hijos cubiertos solo tienen cobertura para la atención neonatal de rutina durante la parte cubierta de la estancia en la 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 por 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 a Individual y familia, según corresponda, en la misma opción del mismo plan. O
- 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 a 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 o 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 le cobren los servicios recibidos directamente de su proveedor. 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).

Cuando pierde beneficios

- **Cuando termina la cobertura de PSHB**

Recibirá una cobertura adicional de 31 días, sin costo alguno, cuando:

- su inscripción finalice, a menos que la cancele; o
- usted es un miembro de una familia que ya no tiene cobertura.

Toda persona que esté afiliada en el marco de la cobertura de 31 días de duración 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 periodo 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 sí 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 de divorcio o de 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 se casó con un afiliado y su divorcio o anulación es definitivo, no podrá seguir cubierto 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 de los cónyuges 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 jubilación o en www.opm.gov/healthcare-insurance. En él se explica lo que hay que hacer para inscribirse.

Otra opción es adquirir cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, 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 la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) no eliminó la TCC ni cambió las normas de la TCC.
- Encontrar cobertura alternativa**

Si desea contratar un seguro médico a través del Mercado de seguros médicos de la ACA, consulte la siguiente sección de este folleto. Le 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 DNI, o visite www.bcbs.com para acceder a la página web de su Plan Local.

Nota: Nosotros no decidimos quién califica para adquirir una cobertura de salud en el mercado de seguros médicos de la ACA. Estas normas son establecidas por las agencias del Gobierno Federal que tienen la responsabilidad de implementar la ACA y por el Mercado.
- Mercado de seguros de salud**

Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de Seguros 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). Puede elegir sus médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia médica. Le reembolsamos a usted o a su proveedor los servicios cubiertos, normalmente en base a un porcentaje de la cantidad que autorizamos. El tipo y el alcance de los servicios cubiertos, así como la cantidad 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 gestión de la atención cumplan con los estándares reconocidos a nivel nacional. Los planes locales y los proveedores que apoyan el Plan de Beneficios de Blue Cross and Blue Shield cuentan con la certificación del Comité Nacional para el Control de Calidad (NCQA) o 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 nuestras opciones básica y estándar

Tenemos una organización de proveedores preferidos (PPO)

Nuestro régimen de pago por servicio ofrece servicios a través de una PPO. Esto quiere decir que determinados hospitales y otros proveedores médicos son "proveedores preferidos". Cuando use nuestros proveedores PPO (preferidos), recibirá los servicios cubiertos a un menor costo. Su plan local (o, en el caso de las farmacias preferidas, CVS Caremark) es el responsable exclusivo de elegir a los proveedores de la PPO de su zona. Póngase en contacto con su plan local para consultar los nombres de los proveedores (preferidos) de la PPO y para 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 nuestra página web desde la página web de PSHB, www.opm.gov/healthcare-insurance.

En la opción estándar, los beneficios de la PPO (preferida) solo se aplican cuando usted usa un proveedor de la PPO (preferido). Es posible que las redes de PPO sean más amplias en algunas zonas que en otras. No podemos garantizar que todas las especialidades estén disponibles en todas las zonas. Si no hay ningún proveedor PPO (preferido) disponible, o si usted no usa un proveedor PPO (preferido), se aplican las prestaciones que no pertenecen a la PPO (no preferidas).

En la opción básica, debe usar proveedores preferidos para recibir los beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Nota: Los dentistas y cirujanos bucales que forman parte de nuestra red dental preferida para cuidados odontológicos rutinarios no son necesariamente proveedores preferidos para otros servicios que cubre este plan bajo otras disposiciones de prestaciones (como la prestación quirúrgica para cirugía bucal y maxilofacial). Llame al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para comprobar que su proveedor es preferido para el tipo de tratamiento (por ejemplo, tratamiento dental rutinario o cirugía oral) que tiene pensado solicitar.

Cómo pagamos a los proveedores profesionales y 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 (preferida).

- **Proveedores PPO.** Los proveedores PPO (preferidos) se han comprometido a aceptar una cantidad negociada específica como pago total por los servicios cubiertos que le proporcionen. **Nos referimos a los proveedores de servicios y profesionales de la PPO como "preferidos"**. Por lo general, facturarán directamente al plan local, que a su vez les pagará directamente a ellos. Usted no debe presentar ningún reclamo. Los pagos de su bolsillo serán, por lo general, menores cuando reciba los servicios cubiertos de proveedores Preferidos, y se limitarán a su coseguro o copago (y, solo en la **opción estándar**, al deducible aplicable).
- **Proveedores participantes.** Algunos planes locales también contratan a otros proveedores que no pertenecen a nuestra red preferida. **Si son profesionales, nos referimos a ellos como proveedores "participantes"**. **Si son servicios, nos referimos a ellos como "miembros"**. Han acordado aceptar una cantidad negociada diferente al de nuestros proveedores preferentes como pago íntegro. Por lo general, también presentarán sus reclamos por usted. Han acordado no facturarle más de la cantidad deducible aplicable, ni el coseguro o copago, por los servicios cubiertos. Les pagamos nosotros directamente, pero en nuestros niveles de prestaciones no preferentes. Los pagos de su bolsillo serán mayores que si usa proveedores preferidos.

Nota: No todas las zonas cuentan con proveedores participantes o centros afiliados. Para comprobar la situación de un proveedor, póngase en contacto con el plan local en el que se vayan a prestar los servicios.

- Los proveedores **no participantes** que no son proveedores preferidos o participantes no tienen contratos con nosotros y pueden o no aceptar nuestra asignación. **Generalmente nos referimos a ellos como "proveedores no participantes", aunque si son servicios nos referimos a ellos como "servicios no afiliados"**. Cuando use proveedores no participantes, es posible que tenga que presentarnos sus reclamos. En ese caso, le abonaremos nuestras prestaciones y usted deberá pagárselas al proveedor.

Usted debe pagar cualquier diferencia entre el precio que cobran los proveedores no participantes y nuestra prestación (salvo en determinadas circunstancias, véase la Agencia de Seguridad Nacional [NSA] en la sección 4). Además, deberá pagar cualquier importe aplicable por coseguro, copago, los importes aplicados a su deducible anual y los importes por servicios no cubiertos. **Importante: En la opción estándar, los pagos de su bolsillo pueden ser mucho más altos cuando usa proveedores no participantes que cuando usa proveedores preferidos o participantes.** En la opción básica, debe usar proveedores preferidos para recibir los beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Nota: En las áreas del plan local, los proveedores preferidos y los proveedores participantes que tengan convenio con nosotros aceptarán el 100 % de la cantidad permitida por el plan como pago total por los servicios cubiertos. Por lo tanto, solo deberá abonar el coseguro o copago aplicable (y solo en la **opción estándar** de la franquicia aplicable), por los servicios cubiertos y de cualquier gasto por servicios no cubiertos.

- **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 pilotos específicos; se comunica a los afiliados y a los proveedores de la red de conformidad con nuestro acuerdo con la OPM. Algunos programas piloto pueden incluir prestaciones distintas de las indicadas en este folleto. Por ejemplo, algunos programas piloto pueden revisar la prestación del plan para proveedores no participantes indicada en el apartado 10 de 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 necesarios.

- Años de existencia
- Beneficios
- Gestión de la atención médica, incluyendo la gestión de expedientes 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). Si desea más información sobre el acceso 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 más información sobre nosotros, llámenos o escribanos. Nuestro número de teléfono figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del plan de beneficios. También puede visitar nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Su historial médico y de reclamos es confidencial

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 (incluyendo 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 confidencialidad 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 cuando se inscriba. Deberá llevar consigo su tarjeta de identificación 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 atiende 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**
- En la opción estándar**, puede recibir atención de cualquier "proveedor profesional cubierto" o "proveedor de centro cubierto". Cuánto pagamos, y cuanto paga usted, depende del tipo de proveedor cubierto que use. Pagará menos si acude a nuestros proveedores preferidos, participantes o afiliados.
- En la opción básica**, debe **usar** los "proveedores profesionales cubiertos" o los "proveedores de establecimientos cubiertos" que sean **proveedores preferidos** de la opción básica para recibir beneficios. Consulte más adelante en esta sección las excepciones a este requisito.
- Tanto en la opción estándar como en la básica**, también puede recibir atención para el tratamiento de afecciones agudas leves, atención dermatológica, asesoramiento sobre salud del comportamiento y trastornos por consumo de sustancias, y asesoramiento nutricional, mediante servicios de consulta telefónica llamando al 855-636-1579, TTY: 711, o a través de vídeo/mensajes seguros en línea en www.fepblue.org/telehealth.
- El término "proveedor de atención primaria" incluye a médicos de cabecera, médicos generales, médicos internos, pediatras, obstetras/ginecólogos y asistentes médicos. Los asistentes médicos que trabajan para un especialista también pueden considerarse especialistas.
- 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 determinados como no 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) 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, facturan o reciben pago por sus servicios de atención médica en el curso normal de su actividad. 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 refleja 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 PPO (preferidos) o necesita un coordinador de atención para afecciones complejas, comuníquese con el Plan Local donde se prestarán los servicios.
- **Proveedores de centros cubiertos**
- Los centros cubiertos son los que se indican a continuación, siempre que cumplan los requisitos de autorización o certificación del Estado.**

Hospital: una institución, o una parte distinta de una institución, que:

1. proporciona principalmente centros de diagnóstico y terapéuticos para diagnóstico, tratamiento y atención quirúrgica y médica de personas lesionadas y enfermas proporcionados o supervisados por personal de médicos con licencia (MD) o de médicos con licencia en osteopatía (DO), para 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: Consideramos que las enfermerías universitarias son hospitales no preferidos (afiliados/no afiliados). Además, podemos, según nuestro criterio, reconocer a cualquier institución situada fuera de los 50 estados y el Distrito de Columbia como hospital no asociado.

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 una 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 (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 trastorno 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 servicio 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 médicos demuestran calidad asistencial, experiencia en el tratamiento y mejores resultados generales para los pacientes.

Cubrimos los cuidados especializados en los Blue Distinction Centers designados en los niveles de prestaciones preferidos. Consulte la sección 5(c) para obtener información sobre los beneficios mejorados para pacientes hospitalizados y ambulatorios para cirugías bariátricas, de columna vertebral, rodilla y cadera realizadas en un Blue Distinction Center. También ofrecemos beneficios mejorados para los servicios de trasplante cubiertos que se realicen en los centros designados Blue Distinction Centers for Transplant, según se describe en 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.

Centro de Investigación del Cáncer: un centro que es:

1. una institución del Grupo Cooperativo Nacional de Investigación en Cáncer que esté financiada por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) y haya sido autorizada por un grupo cooperativo como centro de trasplante de células madre sanguíneas o de médula ósea;
2. un centro oncológico designado por el NCI; o
3. una institución que cuenta con una financiación del NCI o de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) para estudiar los trasplantes alogénicos o autólogos de células madre sanguíneas o de médula ósea.

Centro acreditado por la fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT)

Un centro con un programa de trasplantes acreditado por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT). Los programas de terapia celular acreditados por la FACT se ajustan a normas estrictas. Si desea obtener información sobre los programas de trasplantes de la FACT, comuníquese con el responsable de trasplantes llamando al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite www.factglobal.org.

Centro de enfermería especializada (SNF)

Un SNF es una institución autónoma o una parte separada de un hospital que habitualmente cobra al seguro como centro de enfermería especializada y que cumple los siguientes criterios:

- está certificado por Medicare como centro de enfermería especializada;
- está autorizado conforme a la legislación estatal y local o ha sido aprobada por el organismo estatal o local que concede las licencias por cumplir las normas de autorización (cuando la legislación estatal o local prevea la autorización de este tipo de instalaciones);
- tiene un acuerdo de traslado en vigor con uno o más hospitales preferidos; y
- se dedica principalmente a proporcionar cuidados de enfermería especializados y otros servicios relacionados a pacientes que requieren cuidados médicos o de enfermería; o servicios de rehabilitación para personas lesionadas, discapacitadas o enfermas.

Para estar incluidos en la cobertura, los cuidados en un centro de enfermería especializada no pueden ser asistencia de mantenimiento o de custodia. El término centro de enfermería especializada no abarca ninguna institución destinada principalmente al cuidado y tratamiento de enfermedades mentales. Si tiene preguntas sobre el tratamiento en un SNF o necesita ayuda para coordinar esta atención, póngase en contacto con nosotros llamando al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Otros servicios indicados específicamente en las descripciones de servicios de la sección 5(c).

Qué debe hacer para obtener atención médica

En la **opción estándar**, puede acudir a cualquier proveedor cubierto que desee, pero, en algunas circunstancias, debemos aprobar la asistencia por adelantado.

En la **opción básica**, debe usar **proveedores Preferidos para recibir prestaciones, excepto en los casos que se indican 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 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, anesthesiólogos, enfermeros anestesistas 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.; o
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 estén incluidos en las excepciones de la opción básica para la atención por un proveedor no preferido, usted es responsable del coseguro o copago correspondiente, y también de cualquier diferencia entre nuestra cantidad permitida y la facturada.

• **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, llámenos inmediatamente si está hospitalizado cuando comience su afiliación a nuestro plan. Si aún no ha recibido su tarjeta de identificación del plan de prestaciones de servicio, puede ponerse en contacto con su plan local llamando al número de teléfono que figura en su guía telefónica local. Si ya tiene su nueva tarjeta de identificación del plan de prestaciones de servicio, llámenos al número de teléfono que figura en la parte de atrás de la misma. 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 FEHB 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 alternativa;
- el día en que se le acaben los beneficios de su antiguo plan; o
- 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. Es decir, una solicitud de beneficios previa al servicio puede requerir una certificación y aprobación previas. Si no consigue la precertificación, es posible que se le reduzcan o denieguen los 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.

• **Hospitalización, ingreso en un centro residencial de tratamiento o ingreso en un centro de enfermería especializada**

La **precertificación** es el proceso por el que – antes de su hospitalización – evaluamos la necesidad médica de su ingreso, los procedimientos/servicios que deben realizarse, el número de días necesarios para tratar su afección y los criterios de cobertura aplicables. 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 de salud se encargará de pedir la precertificación. Dado que usted es responsable de asegurarse de que su asistencia médica cuenta con la precertificación, debe preguntar siempre a su médico, hospital, centro de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados o centro de enfermería especializada si se han puesto en contacto con nosotros y nos han facilitado toda la información necesaria. Puede ponerse en contacto con nosotros llamando al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para preguntar si hemos recibido la petición de precertificación. Siga leyendo esta sección para obtener información sobre la precertificación de un ingreso hospitalario de urgencia.

Advertencia

Reduciremos nuestros beneficios para la estadía para pacientes hospitalizados en \$500, incluso si ha obtenido aprobación previa para el servicio o procedimiento que se realiza durante la estadía, si nadie se comunica con nosotros para obtener una certificación previa. Si la estadía 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 hospitalizado fuera de los EE. UU., a excepción de los ingresos por cirugía de afirmación de género y los ingresos en centros residenciales de tratamiento y centros de enfermería especializada.
- Tiene otro seguro de enfermedad colectivo que es el principal proveedor de la hospitalización, a excepción de los ingresos por cirugía de afirmación de género.
- Medicare Parte A es el principal financiador de la estancia en el hospital o centro de enfermería especializada, a excepción de los ingresos por cirugía de afirmación de género.

Nota: La precertificación para trasplantes de órganos/tejidos cubiertos realizados en Blue Distinction Centers for Transplants es necesaria incluso si tiene otro seguro médico de grupo primario o tiene cobertura primaria de Medicare Parte A.

Nota: Si agota sus beneficios hospitalarios de Medicare y no desea usar sus días de reserva vitalicia de Medicare, entonces **necesita** precertificación.

Nota: La cirugía de obesidad severa realizada durante una hospitalización (incluso cuando Medicare Parte A sea su pagador principal) debe cumplir los requisitos quirúrgicos que figuran en nuestra política médica para que se puedan proporcionar prestaciones por el ingreso y la intervención quirúrgica.

• **Otros servicios**

Debe obtener aprobación previa para estos beneficios, tanto en la opción estándar como en la opción básica, en todos los entornos ambulatorios y hospitalarios, a menos que se especifique lo contrario. La precertificación también es necesaria si el servicio o procedimiento requiere una hospitalización. Si desea recibir este tipo de servicios, póngase en contacto con nosotros a través del número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación y le pediremos la evidencia médica necesaria para tomar una decisión sobre su cobertura:

- **Terapia genética e inmunoterapia celular, por ejemplo, CAR-T y terapia de receptores de células 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 reverso 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.
- **Estudios del sueño en centros ambulatorios:** se requiere aprobación previa para los estudios del sueño realizados en el consultorio de un proveedor, centro del sueño, clínica, cualquier tipo de centro ambulatorio o lugar que no sea su domicilio.
- **Análisis conductual aplicado (ABA):** se requiere aprobación previa para ABA y todos los servicios relacionados, incluyendo evaluaciones, valoraciones y tratamientos.
- **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. Debe solicitar una nueva aprobación previa si se aprueba el plan de tratamiento y posteriormente su proveedor lo modifica.
- **Pruebas genéticas**
- **Audífonos:** se requiere aprobación previa para recibir cobertura para audífonos
- **Servicios quirúrgicos:** los servicios quirúrgicos de la siguiente lista exigen aprobación médica previa para la atención prestada por proveedores profesionales y centros preferidos, participantes/miembros y no participantes/no miembros:
 - Cirugía para 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 de medicina *bariátrica*. Consulte la sección 5(b).
 - Cirugía para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, excepto cuando la asistencia se presta en las 72 horas siguientes a la lesión accidental.
- **Protonterapia:** se requiere aprobación previa para todos los servicios de protonterapia, excepto para los 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 Hodgkin y no Hodgkin.
- **Cirugía estereotáctica:** se requiere autorización para toda cirugía estereotáctica, excepto cuando esté asociada al tratamiento de neoplasias malignas del cerebro y del ojo, específicamente de la coroides y el cuerpo ciliar; neoplasias benignas de los nervios craneales, la hipófisis, el cuerpo aórtico o los paraganglios; neoplasias del conducto craneofaríngeo y tumores del glomus yugular; neuralgias del trigémino, esclerosis temporal, determinadas afecciones epilépticas o malformaciones arteriovenosas.
- **Radioterapia corporal estereotáctica**
- **Servicios reproductivos:** se requiere aprobación previa para inseminación intracervical (ICI), inseminación intrauterina (IUI), inseminación intravaginal (IVI) y tecnologías de reproducción asistida (ART).
- **Almacenamiento de esperma y óvulos:**– se requiere aprobación previa para el almacenamiento de esperma y óvulos en personas con esterilidad iatrogénica.
- **Hospicio:** se requiere aprobación previa para los servicios de cuidados de hospicio a domicilio, cuidados de hospicio continuos a domicilio o cuidados de hospicio para pacientes hospitalizados. Le indicaremos qué centros de cuidados de hospicio a domicilio hemos autorizado.

- **Trasplantes de órganos/tejidos: se requiere aprobación previa** tanto para el procedimiento como para el servicio. Póngase en contacto con nosotros a través del número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación antes de obtener servicios. Le pediremos las pruebas médicas que necesitemos para determinar la cobertura. Tendremos en cuenta si el servicio está autorizado para el procedimiento y si usted cumple los requisitos del mismo.

Algunos **procedimientos de trasplante de órganos** indicados en la sección 5(b) deben realizarse en un centro con un Programa de Trasplantes Aprobado por Medicare para el correspondiente tipo de trasplante previsto. Los trasplantes que afecten a más de un órgano deben realizarse en un centro que ofrezca un Programa de Trasplantes Aprobado por Medicare para cada órgano que se trasplante. Comuníquese con su Plan Local para conocer los programas de trasplante aprobados por Medicare.

Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un tipo concreto de procedimiento de trasplante de órganos, este requisito no se aplica y puede usar cualquier centro cubierto que lo realice. Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órganos anticipado, pero su centro no está autorizado para el procedimiento por Medicare, póngase en contacto con su Plan Local llamando al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Algunos de los trasplantes de células madre sanguíneas o de médula ósea indicados en el apartado 5(b) deben realizarse en un centro con un programa de trasplantes autorizado por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT), o en un centro designado como Blue Distinction Center for Transplants o como Instalación de Investigación del Cáncer. Otros **procedimientos de trasplante incluidos en la sección 5(b)** deben realizarse en un centro autorizado por la FACT. Ya hemos descrito este tipo de instalaciones en esta sección.

No todos los programas de trasplantes ofrecen servicios para todos los tipos de procedimientos o afecciones de trasplante enumerados, ni están designados o autorizados para todos los trasplantes cubiertos. No se proporcionan beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto a menos que el centro esté específicamente designado o autorizado para realizar tal procedimiento. Antes de pedir un trasplante, llame a su Plan Local al número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para que le ayuden a localizar un centro que reúna los requisitos y pedir la aprobación previa de los servicios de trasplante.

- **Ensayos clínicos para determinados trasplantes de células madre sanguíneas o de médula ósea:** en el apartado 5(b) proporcionamos la lista de afecciones cubiertas **solo** en ensayos clínicos. Póngase en contacto con nosotros llamando al número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener información o para pedir la aprobación previa antes de obtener servicios. Le pediremos las pruebas médicas 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: Para los propósitos de los trasplantes clínicos de células madre sanguíneas o de médula ósea cubiertos por este plan, un estudio clínico es un estudio de investigación cuyo protocolo ha sido revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (IRB) del centro acreditado por FACT, Blue Distinction Center for Transplants o Instalación de Investigación del Cáncer donde se realizará el procedimiento.

- **Viajes por trasplante:** le reembolsamos los gastos de transporte (avión, tren, autobús o taxi) y alojamiento si vive a 80 km o más del centro, hasta un máximo de \$5,000 por trasplante para el afiliado y sus acompañantes. Si el receptor del trasplante tiene 21 años o menos, abonamos hasta \$10,000 por los gastos de viaje elegibles del afiliado y sus acompañantes. El reembolso está sujeto a las regulaciones del IRS.

- **Medicamentos de venta con receta y suministros: algunos medicamentos de venta con receta y suministros requieren aprobación previa.** Póngase en contacto con CVS Caremark, nuestro administrador del Programa de Farmacias, 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 autorización de medicamentos con receta, que es parte de nuestro programa de Seguridad del Paciente y Control de Calidad (PSQM).

La lista de medicamentos y suministros que requieren autorización previa se actualiza periódicamente a lo largo del año. 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.

Nota: Hasta su aprobación, deberá pagarlos por completo al momento de la compra – incluso si los compra en una farmacia preferida o a través de nuestro Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados– y enviarnos los gastos en un formulario de reclamo. Las farmacias preferidas no presentarán dichos reclamos por usted.

Opción estándar: los afiliados pueden usar nuestro Programa de Medicamentos Recetados de Pedido por Correo para adquirir sus medicamentos. Los afiliados de la **opción básica** con cobertura primaria de Medicare Parte B también pueden usar este programa una vez obtenida la aprobación previa.

Nota: Ni el Programa de Medicamentos Recetados de Pedido por Correo, ni el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados podrán surtir una receta de un medicamento que requiera aprobación previa hasta que usted no la haya obtenido. CVS Caremark, el administrador del programa, retendrá su receta por hasta 30 días. Si no se obtiene la autorización previa en un plazo de 30 días, no podrá surtir la receta y se le enviará una carta explicándole los procedimientos de autorización previa.

- **La comida medicinal cubierta por los servicios de farmacia requiere aprobación previa.** Consulte la sección 5(f) para más información.

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

Podrá pedir aprobación previa y recibir información específica sobre los beneficios por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que no sean de emergencia y que serán realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la cirugía **sea igual o superior a \$5,000**. Cuando se ponga en contacto con su plan local de Blue Cross and Blue Shield antes de su cirugía, el plan local revisará su cirugía planificada para determinar la cobertura, la necesidad médica del procedimiento y la cantidad permitida por el plan para los servicios. Puede llamar a su Plan Local al número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación

Nota: Los afiliados de la opción estándar no están obligados a obtener aprobación previa para cirugías realizadas por proveedores no participantes (a menos que la cirugía figure en esta sección como que requiere aprobación), incluso cuando el costo sea de \$5,000 o más. Si no llama a su plan local antes de la operación quirúrgica, se revisará su reclamo para proporcionar beneficios por los servicios de acuerdo con los términos de su cobertura.

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

Primero, usted, su representante, su médico, su hospital, centro de tratamiento residencial u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados deben llamarnos al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio en cualquier momento antes de la hospitalización o antes de recibir servicios que requieran aprobación previa.

A continuación, proporcione 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, tratamiento propuesto o cirugía;
- nombre y número de teléfono del médico que realiza el ingreso;
- nombre del hospital o centro;
- número de días de hospitalización pedidos; y

- cualquier otra información que podamos pedir relacionada con los servicios a realizar.

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 pedir que su reclamo de atención de urgencia en apelación sea revisado simultáneamente por nosotros y por la Oficina de Administración de Personal (OPM) Comuníquenos 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 presentar su apelación contra nuestra decisión inicial o llamándonos al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del plan de beneficios de servicio. 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 la 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 por teléfono en un plazo de dos días laborables, podría recibir una penalización de \$500; consulte el apartado *Advertencia en Hospitalización* más atrás en este mismo capítulo, y *si es necesario prolongar su hospitalización*, a continuación.

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

- **Atención por maternidad**

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 recién nacido se queda después de que le den el alta, el médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener una certificación previa de días adicionales para su recién nacido.

Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de la estadía 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 estadía en el centro**

Si su estadía **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 serían pagaderos 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 urgente, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas siguientes a la recepción del reclamo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo antes del servicio

Si tiene un **reclamo previo** y no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la precertificación de una hospitalización o la aprobación previa de otros servicios, puede pedir una revisión siguiendo los procedimientos que se indican abajo. Tenga en cuenta que estos procedimientos también se aplican a solicitudes de reconsideración de reclamos de atención simultánea. (Si ya ha recibido el servicio, suministro o tratamiento, entonces su reclamo es un **reclamo posterior al servicio** y debe seguir todo el proceso de reclamos en disputa detallado 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.

- **Cómo reconsiderar 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.

- **Presentar una apelación ante la OPM** Después de que reconsideremos su **reclamo previo al servicio**, si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar a la OPM que la revise siguiendo el paso 3 del proceso de reclamos impugnados que se detalla en el apartado 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 “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.

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.

Copago Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga al proveedor, centro, farmacia, etc., cuando recibe ciertos servicios.

Por ejemplo: Si tiene la opción estándar, cuando consulte a su médico preferido, usted pagará un copago de \$30 por la visita al consultorio y nosotros pagaremos el resto de la cantidad autorizada para la visita al mismo. (Es posible que tenga que pagar por separado otros servicios que reciba mientras esté en la consulta del médico). Si acude a un hospital preferido, abonará un copago de \$350 por ingreso. Posteriormente pagamos el resto de la cantidad permitida por los servicios cubiertos que reciba.

Los copagos no se aplican a los servicios y suministros sujetos a una franquicia o a una cantidad de coseguro.

Nota: Si la cantidad facturada (o la franquicia del Plan que los proveedores con los que tenemos contrato han acordado aceptar como pago total) es inferior a su copago, usted paga la cantidad inferior.

Nota: Cuando un profesional o centro de salud presta varios servicios de copago el mismo día, solo se aplica un copago por proveedor y por día. Cuando las cantidades de copago son diferentes, se aplica el copago más elevado. Es posible que tenga que abonar un copago aparte por algunos servicios.

Por ejemplo: Si tiene la opción básica cuando visita el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital preferido para recibir servicios de tratamiento que no son de emergencia, su copago suele ser de \$250. Si el mismo día también se realiza una ecografía en el servicio ambulatorio del mismo hospital, no deberá abonar el copago de \$40 que suele aplicarse a la ecografía.

Deducible Un deducible es una cantidad fija de gastos cubiertos en los que debe incurrir para ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que comencemos a pagar beneficios por ellos. Las cantidades de los copagos y los coseguros no cuentan para el deducible. Cuando un servicio o suministro cubierto está sujeto a un deducible, solo cuenta para el cumplimiento de su deducible la cantidad permitida por el Plan para el servicio o suministro que usted pague en ese momento.

En la opción estándar, la cantidad deducible por año civil es de \$350 por persona. Una vez que se haya satisfecho la cantidad del deducible para una persona, los servicios cubiertos se pagarán para esa persona. En una afiliación Individual + 1, los dos familiares deben abonar la franquicia individual. En el marco de una afiliación individual y familiar, un individuo puede alcanzar el deducible individual, o se considera que todos los deducibles individuales de los familiares están cubiertos cuando estos suman los deducibles de los familiares y alcanzan los \$700.

Nota: Si la cantidad facturada (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 la cantidad inferior.

Por ejemplo: Si la cantidad facturada es de \$100, el proveedor tiene un convenio con nosotros para aceptar \$80 y usted no ha pagado ninguna cantidad para alcanzar su deducible por la opción estándar por año calendario, deberá pagar \$80. Aplicaremos \$80 a su deducible. Empezaremos a pagar las prestaciones una vez que se haya pagado la parte que queda del deducible por año calendario de la opción estándar (\$270).

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.

En la opción básica, no hay ninguna cantidad deducible por año calendario.

Coseguro

El coseguro es el porcentaje de la asignación del plan que debe pagar por su atención. Su coseguro se basa en la cantidad autorizada por el plan o en la cantidad facturada, la que sea menor. **Solo en la opción estándar**, el coseguro no empezará hasta que haya alcanzado la cantidad deducible por año calendario. Consulte la sección 5(i) para obtener información sobre el deducible y los beneficios en el extranjero.

Por ejemplo: Usted paga el 15 % de la cantidad autorizada por el plan en la opción estándar para equipos médicos duraderos obtenidos de un proveedor preferido, después de alcanzar su deducible de \$350 por año calendario.

Si su proveedor lo exige habitualmente de su costo

Nota: **Si su proveedor lo exige** (no exige que usted pague) sistemáticamente el deducible aplicable (solo en la opción estándar), el coseguro o los copagos, el proveedor está indicando mal la tarifa y podría estar infringiendo la ley. Si esto ocurre, cuando calculemos la parte que nos corresponde, reduciremos la cuota del proveedor en la cantidad a la que haya renunciado.

Por ejemplo: Si su médico cobra \$100 por un servicio, pero renuncia al 35 % de coseguro de la opción estándar, el cargo real será de \$65. Pagaremos \$42.25 (el 65 % de la tarifa real de \$65).

Exenciones

En algunos casos, un proveedor preferido, participante o afiliado puede pedirle que firme una "exención" antes de recibir atención médica. Esta exención puede indicar que usted acepta la total responsabilidad del costo de cualquier atención que no esté cubierta por su plan de salud. 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 servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Diferencias entre nuestra asignación y la factura

La "**asignación del plan**" es la cantidad 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 más información sobre cómo determinamos nuestra prestación del plan, consulte la explicación de la prestación del plan en la sección 10.

En muchos casos, la factura del proveedor es superior a la prestación de un seguro de pago por servicio. Es posible que la factura de un proveedor supere en una cuantía considerable a la cantidad permitida por el plan. El hecho de que tenga que pagar o no la diferencia entre nuestra asignación y la factura depende del tipo de proveedor que use. Los proveedores que tienen acuerdos con este Plan son preferidos o participantes y no le cobrarán ningún importe que supere la cantidad permitida para los servicios cubiertos. Consulte las descripciones que aparecen más abajo para conocer los tipos de proveedores disponibles en este plan.

- **Proveedores preferidos.** Este tipo de proveedores tienen convenios con el plan local para limitar lo que facturan a nuestros afiliados. Debido a ello, cuando usted acude a un proveedor preferido, su proporción de la factura del proveedor por la atención cubierta es limitada.

En la opción estándar, su parte consiste solo en la cantidad deducible y el coseguro o copago. Este es un ejemplo de coseguro: usted consulta a un médico preferido que cobra \$250, pero nuestra asignación es de \$100. Si ha cubierto la cantidad deducible, solo tendrá que pagar el coseguro. Es decir, en la opción estándar, paga solo el 15 % de nuestra prestación de \$100 (\$15). Gracias a este convenio, su médico preferido no le facturará los \$150 de diferencia entre nuestra cantidad permitida y la factura.

En la opción básica, su parte consta solo de la cantidad de su copago o coseguro, ya que no hay cantidad deducible por año civil. Este es un ejemplo de copago: el médico preferido le cobra \$250 por los servicios cubiertos, sujetos a un copago de \$35. Aunque nuestra prestación sea de \$100, usted solo paga el copago de \$35. Gracias a este convenio, su médico preferido no le cobrará los \$215 de diferencia entre el copago y la factura.

- **Participantes:** estos tipos de proveedores **no preferidos** tienen convenios con el plan local para limitar lo que facturan a nuestros afiliados.

En la opción estándar, cuando acude a un proveedor participante, su cuota de los gastos cubiertos se compone solo de la franquicia y el coseguro o copago. Este es un ejemplo: el médico participante le cobra \$250, pero la prestación del plan es de \$100. Si ha cubierto la cantidad deducible, solo tendrá que pagar el coseguro. Es decir, en la opción Estándar, usted paga solo el 35 % de nuestra franquicia de \$100 (\$35). Gracias a este convenio, su médico participante no le facturará los \$150 de diferencia entre nuestra cantidad permitida y la factura.

- **Proveedores no participantes.** Estos **proveedores no preferidos** no tienen ningún convenio para limitar lo que te facturarán. En consecuencia, su parte de la factura del proveedor podría ser muy superior a lo que usted pagaría por la atención cubierta de un proveedor preferido. Si tiene previsto que lo atienda un proveedor no participante, le recomendamos que pregunte al proveedor por los costos esperados y que consulte nuestra página web, www.fepblue.org, o nos llame al número de teléfono de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para que lo ayudemos a calcular el total de sus gastos de bolsillo.

En la Opción Estándar, cuando use un proveedor no participante, pagará su franquicia y coseguro **más** cualquier cambio entre nuestra cantidad permitida y los cargos de la factura (excepto en determinadas circunstancias descritas en la Ley Sin Sorpresas, más abajo en esta sección). Por ejemplo, un médico no afiliado le cobra \$250. La cantidad permitida por el plan vuelve a ser de \$100 y usted ha pagado la cantidad deducible. Usted es responsable de su coseguro, por lo que paga el 35 % de los \$100 de la prestación del plan o \$35. Además, como no hay convenio entre el médico no participante y nosotros, el médico puede cobrarle los \$150 de diferencia entre nuestra cantidad asignada y la factura. Esto significa que usted pagaría un total de \$185 (\$35 + \$150) por los servicios del médico no participante, en lugar de \$15 por los mismos servicios prestados por un médico preferido. Le aconsejamos que **siempre acuda a proveedores preferidos para que lo atiendan. Si acude a proveedores no afiliados o no participantes, podría tener que pagar importes mucho mayores por los servicios que reciba.**

- **Recuerde que, en la opción básica, debe usar proveedores Preferidos para recibir cobertura. 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.***

Los ejemplos a continuación muestran cuánto tienen que pagar los afiliados de la opción **estándar** por los servicios prestados por proveedores preferidos, proveedores afiliados/participantes y proveedores no afiliados/no participantes. El primer ejemplo muestra los servicios de un médico y el segundo los de un centro quirúrgico ambulatorio. En los dos ejemplos, ya se ha cubierto la cantidad deducible por año civil. **Use esta información solo con fines ilustrativos.**

Opción básica: los niveles de cobertura de la asistencia médica comienzan en la sección 5(a) y los de la asistencia ambulatoria en hospital o centro quirúrgico ambulatorio comienzan en la sección 5(c).

En el caso siguiente, comparamos cuánto tiene que pagar por los servicios prestados por un médico preferido, un médico participante y un médico no participante. El cuadro usa el ejemplo de un servicio por el que el médico cobra \$250 y la prestación del plan es de \$100.

EJEMPLO

Opción estándar de médico preferido

Gastos médicos: \$250

Nuestra asignación: la establecimos en: 100

Pagamos: el 85 % de nuestra asignación: 85

Usted debe: coseguro: el 15 % de nuestra asignación: 15

Usted debe: copago: no aplicable

+¿Diferencia respecto a los cargos?: no: 0

TOTAL A PAGAR: \$15

Médico participante de opción estándar

Gastos médicos: \$250

Nuestra asignación: la establecimos en: 100

Pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 65

Usted debe: coseguro: el 35 % de nuestra asignación: 35

Usted debe: copago: no aplicable

+¿Diferencia respecto a los cargos?: no: 0

TOTAL A PAGAR: \$35

Médico no participante de opción estándar

Gastos médicos: \$250

Nuestra asignación: la establecimos en: 100

Pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 65

Usted debe: coseguro: el 35 % de nuestra asignación: 35

Usted debe: copago: no aplicable

+¿Diferencia respecto a los cargos?: sí: 150

TOTAL A PAGAR: \$185

Nota: Si en el ejemplo de arriba no hubiera abonado ninguna de las cantidades de su **opción estándar** deducible, solo nuestra cantidad permitida (\$100), que usted pagaría en su totalidad, contaría para su deducible.

También debería consultar la sección de *Aviso importante sobre la facturación sorpresa* - Conozca sus derechos en esta sección, en la que se explican los derechos que le amparan frente a las facturas sorpresa en virtud de la Ley Sin Sorpresas.

En el caso siguiente, comparamos cuánto debe pagar por los servicios facturados por un centro quirúrgico ambulatorio preferido, afiliado y no afiliado por la atención en el centro asociada a una operación quirúrgica ambulatoria. El gráfico usa un ejemplo de servicios por los que el centro de cirugía ambulatoria cobra \$5,000. La cantidad permitida por el plan es de \$2,900 cuando los servicios se prestan en un centro preferido o afiliado, y de \$2,500 cuando los servicios se prestan en un centro no afiliado.

EJEMPLO

Centro quirúrgico ambulatorio preferido de opción estándar

Cargo del centro: \$5,000

Nuestra asignación: la establecimos en: 2,900

Pagamos: el 85 % de nuestra asignación: 2,465

Usted debe: coseguro: el 15 % de nuestra asignación: 435

Usted debe: copago: no aplicable

+¿Diferencia respecto a los cargos?: no: 0

TOTAL A PAGAR: \$435

Centro quirúrgico ambulatorio para afiliados de opción estándar

Cargo del centro: \$5,000

Nuestra asignación: la establecimos en: 2,900

Pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 1,885

Usted debe: coseguro: el 35 % de nuestra asignación: 1,015

Usted debe: copago: no aplicable

+¿Diferencia respecto a los cargos?: no: 0

TOTAL A PAGAR: \$1,015

Centro quirúrgico ambulatorio no afiliado* de opción estándar

Cargo del centro: \$5,000

Nuestra asignación: la establecimos en: 2,500

Pagamos: el 65 % de nuestra asignación: 1,625

Usted debe: coseguro: el 35 % de nuestra asignación: 875

Usted debe: copago: no aplicable

+¿Diferencia respecto a los cargos?: sí: 2,500

TOTAL A PAGAR: \$3,375

Nota: Si en el ejemplo de arriba no hubiera abonado ninguna de las cantidades de su **opción estándar** deducible, se aplicarían \$350 de nuestra cantidad autorizada a su deducible antes de calcular la cantidad de su coseguro.

*** Un centro no afiliado puede cobrarle cualquier importe por los servicios prestados. Usted es responsable de pagar todos los gastos que superen nuestra cantidad permitida, independientemente del importe total cobrado, además de su deducible y coseguro por año. Por ejemplo, si recurre a un centro no afiliado que cobra \$60,000 por la atención médica relacionada con la cirugía bariátrica ambulatoria y pagamos el importe de \$1,625 indicado anteriormente, usted deberá \$58,375 (\$60,000 - \$1,625 = \$58,375). En este ejemplo se supone que se ha alcanzado la cantidad deducible por año calendario.**

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 la cantidad pagadera 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 Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Sus costos por otros cuidados

Atención en el extranjero. Se consideran atención en el extranjero los servicios prestados fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes estadounidenses. **En las opciones estándar y básica**, pagamos el reclamo en el extranjero a los niveles de prestaciones Preferidas. Por tanto, no se aplica el requisito de la opción básica de acudir a proveedores preferidos para recibir los beneficios. Consulte la sección 5(i) para más información sobre nuestros beneficios en el extranjero.

Atención dental en la opción estándar, pagamos las cantidades establecidas para los servicios dentales cubiertos y usted paga los saldos según se indica en la sección 5(g). **En la opción básica**, usted paga \$35 por cualquier revisión cubierta y nosotros pagamos el resto de los servicios cubiertos. **Los afiliados a la opción básica** deben acudir a **dentistas preferidos** para recibir los beneficios. Consulte la sección 5(g) para ver un listado de los servicios odontológicos cubiertos e información adicional sobre el pago.

Atención en centro hospitalario. En las opciones estándar y básica, pagará las cantidades correspondientes al coseguro o copago que se indican en la sección 5(c). **En la opción estándar**, deberá pagar la cantidad deducible antes de que empecemos a proporcionarle prestaciones por determinados servicios facturados por el centro de salud. **Con la opción básica**, debe usar **las instalaciones preferidas** para recibir prestaciones. Consulta la sección 3, *Qué debes hacer para recibir asistencia cubierta*.

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

En las opciones estándar y básica, limitamos los gastos anuales de su bolsillo por los servicios cubiertos que reciba para protegerle de gastos sanitarios imprevistos. 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. En el caso de las inscripciones en planes Individual + 1 e Individual y familia, una vez que cualquier familiar alcance el máximo de bolsillo de protección catastrófica correspondiente a 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 miembros de la familia deberán cubrir el saldo del desembolso máximo de protección catastrófica.

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

Máximos de la opción estándar:

Máximo de proveedores preferidos: en el caso de una inscripción Individual, el gasto máximo de bolsillo para el deducible y para los montos de coseguro y copago elegibles es de \$6,000 cuando acude a proveedores preferidos. Para afiliados de Individual + 1 e Individual y familia, el gasto máximo de su bolsillo para este tipo de gastos es de \$12,000 para los servicios de proveedores preferidos. Solo se tienen en cuenta para estos límites los gastos que cumplan los requisitos de los servicios de proveedores preferidos y los gastos compartidos asociados a la atención de proveedores no participantes en virtud de la NSA (consulte la información que figura anteriormente en esta sección).

Máximo de proveedores no preferidos: en el caso de una inscripción Individual, el gasto máximo de bolsillo para el deducible y para los montos de coseguro y copago elegibles es de \$8,000 cuando se acude a proveedores no preferidos. En el caso de un afiliado de Individual + 1 o Individual y familia, el gasto máximo de su bolsillo para este tipo de gastos es de \$16,000 para los servicios de proveedores no preferidos. En ambos tipos de afiliación, los gastos cubiertos por los servicios de proveedores preferidos también cuentan para estos límites.

Máximo de la opción básica:

Máximo de proveedores preferidos: para una afiliación Individual, el gasto máximo de su bolsillo para los importes de coseguro y copago admisibles es de \$7,500 cuando se usan proveedores preferidos. Para los afiliados de Individual + 1 o Individual y familia, el gasto máximo de su bolsillo para este tipo de costos es de \$15,000 si usan 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 gastos de bolsillo reales de los afiliados para medicamentos, servicios y suministros cubiertos por Medicare hasta los máximos ante catástrofes de PSHB, a menos que se 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 desembolso máximo de 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 función. Estos gastos no cuentan para el gasto máximo de protección catastrófica y debe seguir pagándolos incluso después de que sus gastos superen los límites descritos arriba.

- la diferencia entre la prestación del plan y la cantidad facturada. Consulte la información que figura más arriba en esta sección;
- gastos por servicios, medicamentos y suministros que superen nuestros límites máximos de beneficio;
- con la opción estándar, su coseguro es del 35 % para la atención hospitalaria en un centro no afiliado;
- con la opción estándar, su coseguro es del 35 % para la atención ambulatoria prestada por un centro no afiliado;
- sus gastos por servicios odontológicos que superen nuestros pagos programados en la opción estándar. Consulte la sección 5(g);
- la multa de \$500 por no obtener la precertificación, y cualquier otra cantidad que pague porque reducimos los beneficios por no cumplir con nuestros requisitos de contención de costos; y
- en la opción básica, sus gastos por la atención recibida de proveedores profesionales participantes/no participantes o establecimientos que sean miembros/no miembros, excepto el coseguro y los copagos que usted paga en aquellas situaciones en las que sí pagamos la atención proporcionada por proveedores no preferidos. Consulte la sección 3 para *recibir atención cubierta* y conocer las excepciones del requisito de usar proveedores preferidos.

Si la receta de su proveedor permite sustituir el medicamento genérico y elige un medicamento de marca, los gastos por la diferencia de participación en los gastos no cuentan para el desembolso máximo de protección catastrófica (para más información, consulte la sección 5[f]).

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.

Si durante el año cambia de opción en este plan, abonaremos los importes ya obtenidos para el límite de desembolso de protección catastrófica de su opción anterior al límite de desembolso de protección catastrófica de su nueva opción. Si durante el año cambia a Individual, Individual + 1 o Individual y familia, o viceversa, llámenos para informarse sobre la acumulación de gastos de su bolsillo y cómo se transfiere.

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.

Generalmente, primero pediremos el reembolso al proveedor, si le pagamos directamente, o a la persona (familiar cubierto, tutor, padre custodio, etc.) a quien enviamos el 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, del Departamento de Defensa y del Servicio de Salud Indígena tienen derecho a solicitarnos un reembolso por ciertos servicios y suministros que le presten a usted o a un familiar suyo. 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

Consulte hacia el final del folleto un resumen de los beneficios de cada opción. Asegúrese de revisar los beneficios disponibles en la opción en la que está inscrito.

Sección 5: Descripción general de las opciones estándar y básica.....	37
Sección 5(a): Servicios y suministros médicos prestados por médicos y otros profesionales de la salud.....	38
Servicios de diagnóstico y tratamiento	39
Laboratorio, rayos X y otras pruebas diagnósticas	40
Atención preventiva, adultos.....	42
Atención preventiva, niños	45
Atención por maternidad	47
Planificación familiar	49
Servicios reproductivos	50
Atención de alergias	51
Terapias de tratamiento.....	52
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva.....	53
Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros).....	54
Servicios de visión (pruebas, tratamiento y suministros).....	54
Cuidado de los pies.....	56
Dispositivos ortopédicos y prostéticos.....	56
Equipo médico duradero (DME).....	57
Suministros médicos.....	58
Servicios de atención médica a domicilio.....	59
Tratamiento manipulativo.....	60
Tratamientos alternativos.....	60
Clases y programas educativos	61
Sección 5(b): Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica	62
Procedimientos quirúrgicos.....	63
Cirugía reconstructiva.....	64
Cirugía bucal y maxilofacial	67
Trasplantes de órganos/tejidos	68
Anestesia.....	73
Sección 5(c): Servicios proporcionados por un hospital u otro centro, y servicios de ambulancia.....	75
Servicios para pacientes hospitalizados	76
Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria.....	78
Atención especializada Blue Distinction®.....	82
Centro de tratamiento residencial.....	83
Beneficios de atención extendida/beneficios de centros de atención de enfermería especializada.....	84
Cuidados paliativos	85
Ambulancia.....	88
Sección 5(d): Servicios de emergencia/accidentes.....	90
Lesiones accidentales	91
Emergencias médicas	92
Ambulancia.....	93
Sección 5(e): Beneficios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias.....	94
Servicios profesionales	95
Hospital u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados.....	96
Centro de tratamiento residencial.....	96
Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios.....	97
Sin cobertura (hospitalización o ambulatorio)	97
Sección 5(f): Beneficios de medicamentos recetados.....	99

Medicamentos y suministros cubiertos.....	104
Sección 5(f)(a): Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP.....	109
Medicamentos y suministros cubiertos.....	113
Sección 5(g): Beneficios dentales.....	123
Beneficio por lesiones accidentales.....	123
Servicios cubiertos.....	125
Sección 5(h): Bienestar y otras funciones especiales.....	127
Herramientas de salud.....	127
Servicios para personas sordas y con problemas de audición.....	127
Accesibilidad web para personas con problemas de visión.....	127
Beneficios/servicios de viaje en el extranjero.....	127
Familias saludables.....	127
Programa de Control de la Diabetes.....	127
Evaluación de Salud de Blue.....	127
Programa de Control de la Hipertensión.....	128
Programa de Incentivos para la Atención del Embarazo.....	128
Limitación del incentivo anual.....	129
Cuenta de reembolso para afiliados de la opción básica incluidos en Medicare Parte A y Parte B.....	129
Servicio electrónico de atención al cliente MyBlue®.....	129
Buscador nacional de médicos y hospitales.....	129
Programas de gestión de la atención.....	129
Opción de beneficios flexibles.....	130
Servicios de telesalud.....	131
Aplicación móvil fepblue.....	131
Sección 5(i): Servicios, medicamentos y suministros proporcionados en el extranjero.....	132
Beneficios fuera de PSHB disponibles para los afiliados del plan.....	135

Sección 5: Descripción general de las opciones estándar y básica

El contenido de los beneficios de las opciones estándar y básica se detalla en la sección 5, que se divide en las subsecciones 5(a) a 5(i). Asegúrese de revisar los beneficios disponibles en la opción en la que está inscrito.

Lea los *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 los siguientes incisos. Para obtener formularios de solicitud de reembolso, consejos para la solicitud de reembolso o más información sobre las prestaciones de la opción estándar y la opción básica, contáctenos en el número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del Plan de Prestaciones de Servicio o en nuestro sitio web www.fepblue.org. Cada opción ofrece funciones únicas. Los afiliados no necesitan ser derivados a especialistas.

Opción estándar

Si está afiliado a la opción estándar, puede usar proveedores preferidos y no preferidos. Sin embargo, sus gastos directos son menores cuando usar proveedores preferidos y éstos nos presentarán los reclamos en su nombre. La opción estándar tiene un deducible por año para algunos servicios y un copago de \$30 para las visitas al consultorio de proveedores de atención médica primaria (\$40 para los especialistas). La opción estándar también incluye un Programa de Farmacias, un Programa de Servicio por Correo de Medicamentos de Venta con Receta, un Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados y el Programa de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare FEP.

Opción básica

La opción básica no tiene deducible por año. La mayoría de los servicios están sujetos a copagos (\$35 para los proveedores de atención médica primaria y \$50 para los especialistas). Debe usar proveedores preferidos para recibir atención médica para poder optar a los beneficios, excepto en determinadas circunstancias, como la atención de urgencia. Los proveedores preferidos nos presentarán reclamos en su nombre. La opción básica también ofrece el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP, un Programa de Farmacias y un Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados. Los afiliados con cobertura de Medicare Parte B tienen acceso al Programa de Servicio por Correo de Medicamentos Recetados.

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

Aspectos importantes que se deben tener en cuenta sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos 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*, 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 gastos asociados al centro (es decir, hospital u otro centro ambulatorio, etc.).
- Los beneficios de PPO corresponden únicamente cuando usa un proveedor PPO. Si no existe un proveedor PPO disponible, corresponderán los beneficios fuera del convenio.
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden ofrecer servicios en centros preferidos (PPO).
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables tienen un límite de uno por persona por categoría terapéutica de medicamentos si se obtienen de un proveedor cubierto (que no sea una farmacia), según el beneficio de farmacias. Esta limitación de beneficios no corresponde si Medicare Parte B es su cobertura principal o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el surtido de medicamentos especializados de nivel 4 y nivel 5 de proveedores preferidos y farmacias preferidas. Los medicamentos contemplados dentro de este beneficio están disponibles en nuestra lista de medicamentos especializados. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- **Con la opción estándar:**
 - El deducible por año calendario es de \$350 por persona (\$700 por inscripción en Individual + 1 o en Individual y familia)
 - Prestamos beneficios por el 85% de la prestación del plan para los 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 la cantidad facturada. Consulte la sección 4, *NSA*, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.
- **Con la opción básica:**
 - No hay deducible por año calendario.
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.**
 - Prestamos beneficios con un alcance equivalente a los niveles de beneficios preferidos para los 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 la cantidad facturada. Consulte la sección 4, *NSA*, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección. Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Opción estándar	Opción básica
<p>Servicios profesionales ambulatorios de médicos y otros profesionales de la salud:</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 + 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 consultas externas de un hospital.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$40 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios profesionales de telesalud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones menores • Atención dermatológica <p>Nota: Consulte la sección 5(h), de <i>bienestar y otros servicios especiales</i>, para obtener información sobre la prestación de servicios de telesalud y cómo acceder a un proveedor.</p> <p>Nota: Los copagos no se aplican a los miembros con Medicare Parte B como cobertura principal.</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: no corresponde (sin deducible)</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>	<p>Proveedor de telesalud preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios profesionales para pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante una hospitalización cubierta. • Servicios para procedimientos no quirúrgicos cuando un médico los solicita, presta y factura durante una hospitalización cubierta. • Atención del médico que le 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. • 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. 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Servicios de diagnóstico y tratamiento: continúa en la siguiente página

Descripción de beneficios	Usted paga	
Servicios de diagnóstico y tratamiento (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia realizada 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. • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de los medicamentos que recibe mientras está hospitalizado). • Segunda opinión sobre cirugía • Asesoramiento nutricional cuando lo facture un proveedor cubierto 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de rutina, excepto aquellos servicios de atención preventiva que se describen más adelante en esta sección.</i> • <i>Gastos asociados con la habilitación o el mantenimiento de las tecnologías de telemedicina (telesalud) de los proveedores, las telecomunicaciones no interactivas, como las comunicaciones por correo electrónico, o los servicios de telesalud asíncronos de almacenamiento y reenvío.</i> • <i>Enfermería privada.</i> • <i>Médicos de guardia.</i> • <i>Consultas radiológicas y al personal de rutina requeridas por las normas y los reglamentos del centro.</i> • <i>Atención médica a pacientes hospitalizados cuando su hospitalización o parte de una admisión no esté cubierta. (Consulte la sección 5[c]).</i> <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 cubiertos que no sean alojamiento y comida, y atención médica en hospitalización al nivel que habríamos pagado si se hubieran prestado en otro entorno.</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Laboratorio, rayos X y otras pruebas diagnósticas	Opción estándar	Opción básica
<p>Pruebas de diagnóstico limitadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio (como análisis de sangre y de orina); • servicios de patología; • electrocardiogramas (ECG). <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro, como el departamento de consultas externas de un hospital.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Si su proveedor preferido utiliza un laboratorio o radiólogo no preferido, pagaremos los beneficios no preferidos por los gastos de laboratorio y radiografías.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p>

Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (cont.)		Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado, además del coseguro de proveedor preferido indicado en este beneficio.
<p>Pruebas diagnósticas, incluidas, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización cardiovascular • Electroencefalograma (EEG) • Estudios del sueño a domicilio/sin asistencia • Pruebas neurológicas • Ecografías • Radiografías (incluida la instalación de equipos portátiles de rayos X) <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro, como el departamento de consultas externas de un hospital.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Si su proveedor preferido utiliza un laboratorio o radiólogo no preferido, pagaremos los beneficios no preferidos por los gastos de laboratorio y radiografías.</p>	<p>Preferido: Copago de \$40</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado, además del copago de proveedor preferido indicado anteriormente.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico limitadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de densidad ósea • Diagnóstico por imágenes (CT scans)/Resonancia magnética (MRI)/Tomografía por emisión de positrones (PET scans) • Angiografías • Medicina nuclear • Estudios del sueño en centros (se requiere autorización previa) • Pruebas genéticas (se requiere autorización previa) <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro, como el departamento de consultas externas de un hospital.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Si su proveedor preferido utiliza un laboratorio o radiólogo no preferido, pagaremos los beneficios no preferidos por los gastos de laboratorio y radiografías.</p>	<p>Preferido: Copago de \$100</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado, además del copago de proveedor preferido indicado anteriormente.</p>

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Atención preventiva, adultos</p> <p>Los beneficios cubren los servicios de atención preventiva para adultos mayores de 22 años. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre prevención y reducción de riesgos para la salud. • Consejería nutricional. Nota: Cuando la consejería nutricional se realiza a través de la red de proveedores de telesalud contratados, proporcionamos beneficios como se muestra aquí para los proveedores preferidos. Consulte la sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud. • Visitas/exámenes para atención preventiva. Nota: Consulte la sección 10 de la definición de Atención Preventiva para Adultos para conocer los servicios de chequeo médico incluidos. <p>Los beneficios de atención preventiva para cada uno de los servicios enumerados abajo se limitan a uno por año civil.</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>) Nota: Como afiliado al plan de beneficios del servicio, tiene acceso a la HRA de Blue Cross and Blue Shield, denominada cuestionario "Blue Health Assessment". Para más información, consulte la sección 5(h). • Prueba de panel metabólico básica o completa • CBC. • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino: <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes 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. • Exámenes de cáncer de próstata -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 con tecnología digital 	<p>Preferido: Nada (sin deducible).</p> <p>Nota: Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, debe pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando lo 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> <p>Nota: Eximimos del pago del deducible y del coseguro los servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con las vacunas contra la gripe. Si recurre a un proveedor no participante, paga la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Nota: Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, debe pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p> <p>Nota: Cuando la factura la emite un centro preferido, como el departamento de consultas externas de un hospital, prestamos los beneficios que se indican más abajo para los proveedores preferidos.</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para visitas/exámenes de atención preventiva, pruebas de laboratorio asociadas, colonoscopias o inmunizaciones de rutina realizadas en centros de salud miembros o no miembros.</p> <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: Prestamos beneficios por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con vacunas contra la Influenza (gripe). Si recurre a un proveedor no participante, paga la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>

Atención preventiva, adultos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Atención preventiva, adultos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía de aneurisma aórtico abdominal para adultos de 65 a 75 años, limitada a una revisión de por vida • Análisis de orina <p>Los siguientes servicios de prevención están cubiertos en los intervalos de tiempo recomendados en cada uno de los enlaces que figuran más 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. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 a 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. Si desea consultar la lista completa de servicios de atención preventiva para mujeres sanas, visite el sitio web de Salud y Servicios Humanos (HHS) en https://www.hrsa.gov/womens-guidelines. • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visite https://health.gov/myhealthfinder. <p>Nota: Pagamos las prestaciones de atención preventiva en el primer reclamo que tramitamos por cada una de las pruebas mencionadas 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 tanto servicios preventivos como de diagnóstico de su proveedor el mismo día, deberá abonar el costo compartido de los servicios de diagnóstico.</p> <p>Nota: A menos que se indique lo contrario, las prestaciones descritas en <i>cuidados preventivos de Adultos</i>, no se aplican a las personas de 21 años o menos. (Consulte las prestaciones del apartado de <i>atención preventiva infantil</i> de esta sección).</p>	<p>Preferido: Nada (sin deducible).</p> <p>Nota: Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, debe pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando lo 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> <p>Nota: Eximimos del pago del deducible y del coseguro los servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con las vacunas contra la gripe. Si recurre a un proveedor no participante, paga la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Nota: Si recibe servicios preventivos y de diagnóstico de su proveedor preferido el mismo día, debe pagar su costo compartido por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p> <p>Nota: Cuando la factura la emite un centro preferido, como el departamento de consultas externas de un hospital, prestamos los beneficios que se indican más abajo para los proveedores preferidos.</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para visitas/exámenes de atención preventiva, pruebas de laboratorio asociadas, colonoscopias o inmunizaciones de rutina realizadas en centros de salud miembros o no miembros.</p> <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: Prestamos beneficios por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con vacunas contra la Influenza (gripe). Si recurre a un proveedor no participante, paga la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>

Atención preventiva, adultos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Atención preventiva, adultos (cont.)</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(b) para conocer las prestaciones disponibles para la extracción quirúrgica de mama, ovarios o próstata cuando el cribado revela una mutación BRCA; las prestaciones de cuidados preventivos no están disponibles.</p> <p>Nota: Cualquier tratamiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o servicio de rayos X realizado junto con un examen de rutina que no esté incluido en la lista de servicios preventivos recomendados estará sujeto a los copagos, coseguros y deducibles aplicables al afiliado.</p>	Ver página anterior	Ver página anterior
<p>La orientación sobre la obesidad, los exámenes y la remisión 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, incluyendo 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>Nota: Hay beneficios para medicamentos de tratamiento de la obesidad. Consulte la sección 5(f) o 5(f)(a).</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(b) para obtener información relativa a los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave.</p>	<p>Preferido: Nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando lo 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>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Cuando la factura la emite un centro preferido, como el departamento de consultas externas de un hospital, prestamos los beneficios que se indican más abajo para los proveedores preferidos.</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 afiliado, tales como escáneres cardíacos, corporales y pruebas realizadas en vehículos ambulantes, anunciados comercialmente.</i> • <i>Exámenes médicos necesarios para obtener o mantener un empleo o un seguro, asistir a escuelas o campamentos, realizar exámenes deportivos o viajar.</i> • <i>Inmunizaciones, refuerzos y medicación para viajes o riesgos laborales. Puede haber prestaciones médicas para estos servicios.</i> • <i>Consultas telefónicas y servicios de evaluación y gestión médica en línea (telesalud) para servicios preventivos, excepto lo indicado anteriormente en esta sección para el asesoramiento nutricional.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Atención preventiva, niños</p> <p>Se ofrecen prestaciones para los servicios de atención preventiva para niños hasta los 22 años. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas, exámenes y otros servicios preventivos para niños sanos descritos en las directrices Bright Future de la American Academy of Pediatrics. Para obtener una lista completa de las directrices sobre Bright Future de la American Academy of Pediatrics, 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. <p>Nota: La autorización de la FDA de los EE. UU. puede restringir el uso de las inmunizaciones y vacunas mencionadas más arriba a rangos de edad, frecuencias y/u otras indicaciones específicas para cada paciente, incluido el sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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://www.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>Nota: Los beneficios de atención preventiva para cada uno de los servicios enumerados abajo se limitan a uno por año civil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de la hepatitis B en niños a partir de 13 años. • 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 de Papanicolaou del cuello uterino; - pruebas del virus del papiloma humano (VPH) 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>Preferido: Nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando lo 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> <p>Nota: Eximimos del pago del deducible y del coseguro los servicios facturados por proveedores participantes y no participantes relacionados con las vacunas contra la gripe. Si recurre a un proveedor no participante, paga la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p> <p>Nota: Prestamos beneficios por servicios facturados por proveedores participantes/no participantes relacionados con vacunas contra la Influenza (gripe). Si recurre a un proveedor no participante, paga la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p> <p>Nota: Cuando lo 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>

Atención preventiva, niños: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Atención preventiva, niños (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<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), de <i>bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre cómo acceder a un proveedor de telesalud.</p> <p>Nota: 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>	Ver página anterior	Ver página anterior
<p>La orientación sobre la obesidad, los exámenes y la remisión 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, incluyendo 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>Nota: Hay beneficios para medicamentos de tratamiento de la obesidad. Consulte la sección 5(f) o 5(f)(a).</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(b) para obtener información relativa a los beneficios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad grave.</p>	<p>Preferido: Nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Cuando lo 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>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Cuando la factura la emite un centro preferido, como el departamento de consultas externas de un hospital, prestamos los beneficios que se indican más abajo para los proveedores preferidos.</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, 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 señalado arriba para el asesoramiento nutricional.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de beneficios	Usted paga	
Atención de maternidad	Opción estándar	Opción básica
<p>Atención de maternidad (obstétrica), incluidas las afecciones relacionadas que resultan en parto o aborto espontáneo, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención prenatal y posparto (incluidas ecografías, pruebas de laboratorio y de diagnóstico). Nota: Consulte la sección 5(h) para obtener información detallada sobre nuestro Programa de Incentivos para la Atención a la Embarazada. Parto. Cirujanos ayudantes/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 titulado (CRNA) o un médico que no sea el médico que opera (cirujano) o el asistente. Terapia tocolítica y servicios relacionados cuando se prestan como paciente hospitalizado durante una admisión hospitalaria cubierta o durante una estadía 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 Tratamientos de salud mental para la depresión posparto y la depresión durante el embarazo Nota: Prestamos beneficios para cubrir hasta 8 visitas al año en su totalidad para tratar la depresión asociada al embarazo (es decir, depresión durante el embarazo, depresión posparto o ambas) cuando acude a un proveedor preferido. Consulte la sección 5(e) para conocer nuestra cobertura de visitas de salud mental a proveedores no preferidos y las prestaciones para servicios adicionales de salud mental. <p>Nota: Consulte <i>Cuidados preventivos de adultos</i>, más arriba en esta sección para ver nuestra cobertura del asesoramiento nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitas de enfermería a domicilio (especializadas) relacionadas con la atención por maternidad cubierta <p>Nota: Consulte los beneficios de los <i>servicios de salud a domicilio</i> que se describen más adelante en esta sección para conocer las limitaciones de las visitas.</p> <p>Nota: Las prestaciones de maternidad no cubren los medicamentos con receta requeridos durante el embarazo, salvo los recomendados por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (Affordable Care Act). Consulte la sección 5(f) para conocer su cobertura de medicamentos recetados.</p> <p>Nota: 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. 	<p>Preferido: Nada (sin deducible).</p> <p>Nota: En el caso de la atención en centros relacionados con la maternidad, incluida la atención en centros de maternidad, renunciamos al copago por admisión y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos cuando acude a proveedores preferidos.</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre la prestación por adelantado para el parto propiamente dicho y cualquier otro procedimiento quirúrgico relacionado con la maternidad que vaya a ser prestado por un médico no participante cuando el cargo por dicha atención sea de \$5,000 o más. Comuníquese con su plan local llamando al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener información sobre su cobertura y la cantidad permitida por el plan para los servicios.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Nota: Para la atención en centros preferidos relacionada con la maternidad, incluida la atención en centros de maternidad preferidos, su responsabilidad por los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados se limita a \$350 por admisión. Para los servicios ambulatorios relacionados con la maternidad, consulte las notas de la sección 5(c).</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted solo será responsable de la diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>

Atención de maternidad: continúa en la página siguiente
Sección 5(a) de las opciones estándar y básica

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Atención de maternidad (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cubrimos la atención de enfermería de rutina del recién nacido cuando se realiza durante la parte cubierta de la estancia de maternidad de la madre y se facture por el Cubrimos otras atenciones de un recién nacido que requiere servicios profesionales o tratamiento no rutinarios, solo si cubrimos al recién nacido bajo una inscripción Individual o Individual y familia. Los beneficios quirúrgicos se aplican a la circuncisión cuando la factura un proveedor profesional para un recién nacido varón. Las prestaciones hospitalarias figuran en la sección 5(c) y las prestaciones quirúrgicas en la sección 5(b). <p>Nota: Consulte la sección 10 para obtener información sobre el subsidio para hospitalizaciones derivadas de un parto de urgencia en un hospital u otro centro no concertado con su plan local.</p> <p>Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de la estadía 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 para la circuncisión.</p>	Ver página anterior	Ver página anterior
<ul style="list-style-type: none"> Extractor de leche, limitado a uno por año civil para las afiliadas embarazadas o lactantes Monitor de presión arterial, 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 arterial 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>	No corresponde (sin deducible)	Nada
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre corra peligro si el feto llega a término o cuando el embarazo sea el resultado de un acto de violación o incesto.</i> <i>Preparación al parto, Lamaze y otras clases de preparación al parto y crianza.</i> <i>Doula, acompañante de parto y apoyo similar.</i> <i>Extractores de leche materna y bolsas de almacenamiento de leche, excepto en los casos indicados más arriba.</i> <i>Suministros para la lactancia materna distintos de los contenidos en el kit extractor de leche descrito más arriba, incluida ropa (por ejemplo, sujetadores de lactancia), biberones o artículos para la 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 prestaciones de servicio.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de beneficios	Usted paga	
Planificación familiar	Opción estándar	Opción básica
<p>Una gama de servicios voluntarios de planificación familiar, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento anticonceptivo; • diafragmas y anillos anticonceptivos; • anticonceptivos inyectables; • dispositivos intrauterinos (DIU); • anticonceptivos implantables; • salpingectomía; • procedimientos de ligadura de trompas u oclusión/bloqueo de trompas únicamente; • vasectomía. <p>Nota: También proporcionamos beneficios para servicios profesionales asociados con los procedimientos de ligadura/oclusión/bloqueo de trompas y la vasectomía, y con la colocación, inserción, implantación o extracción de los anticonceptivos indicados anteriormente. Estos beneficios incluyen 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.</p> <p>Nota: Cuando lo 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> <p>Nota: Consulte la cobertura adicional de planificación familiar y medicamentos recetados en la sección 5(f) o 5(f)(a).</p>	<p>Preferido: Nada (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales y transdérmicos. <p>Nota: Eximimos el costo compartido de los anticonceptivos genéricos orales y transdérmicos cuando los compra en una farmacia preferida o, para los afiliados de la opción estándar y los afiliados de la opción básica con cobertura de Medicare Parte B, a través del Programa de Servicio por Correo de Medicamentos Recetados. Consulte la sección 5(f) para obtener más información.</p> <p>Nota: Cuando lo 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>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Planificación familiar: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción básica
<p>Planificación familiar (cont.)</p> <p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • reversión de la esterilización quirúrgica voluntaria; • productos anticonceptivos no descritos arriba; • anticonceptivos de venta libre (OTC), excepto los descritos en la sección 5(f). 	Todos los cargos	Todos los cargos
<p>Servicios reproductivos</p> <p>Los afiliados que cumplen nuestra descripción de infertilidad en la sección 10, pueden optar a los siguientes servicios reproductivos una vez obtenida la autorización previa:</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 la sección 5(f) o 5(f)(a), Beneficios de medicamentos recetados, para conocer sus costos compartidos asociados con los medicamentos para los procedimientos de IA cubiertos.</p> <p>Nota: Cubrimos un año de almacenamiento de esperma y óvulos, incluidos los procedimientos de obtención, solo para las personas que se enfrentan a una infertilidad iatrogénica, una vez en la vida. También prestamos los beneficios que se ven aquí cuando los factura un centro. Consulte la sección 3, en <i>otros servicios</i>, para conocer los requisitos de autorización previa. Consulte la sección 10 para conocer nuestra definición de infertilidad iatrogénica.</p> <p>Nota: Consulte otras secciones de este folleto para conocer las prestaciones asociadas a cualquier otro servicio realizado para diagnosticar y tratar la causa de la infertilidad.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Tecnologías de reproducción asistida (ART): los miembros que cumplen nuestra definición de infertilidad en la sección 10 son elegibles para servicios de ART, limitados a \$25,000 pagados anualmente.</p> <p>Nota: También proporcionamos los beneficios que se ven aquí cuando los factura un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte la sección 5(f) o 5(f)(a), <i>Beneficios de medicamentos recetados</i>, para conocer sus costos compartidos y limitaciones para medicamentos asociados con la fertilización in vitro (FIV).</p> <p>Nota: Los procedimientos de inseminación artificial (IA) y medicamentos asociados cubiertos que se enumeran en esta sección, y los medicamentos con receta asociados con los procedimientos de ART no están sujetos al máximo anual de \$25,000.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible) y toda cantidad mayor al máximo anual de \$25,000</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible) y toda cantidad mayor al máximo anual de \$25,000</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada, y toda cantidad mayor al máximo anual de \$25,000</p>	Todos los cargos
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los gastos del donante, incluyendo, entre otros, el costo del esperma del donante o los ovocitos. • Reversión de vasectomía y ligadura de las trompas de Falopio. 	Todos los cargos	Todos los cargos

Servicios reproductivos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Servicios reproductivos (cont.)	Opción Estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> Servicios que se determine que no son médicamente necesarios. Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a personas no inscritas en este plan, incluidos los sustitutos. 	Todos los cargos	Todos los cargos
Atención de alergias	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de alergias Tratamiento de alergias Medicamentos sublinguales para desensibilizar las alergias autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (U.S. FDA) <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional de atención médica preferido: \$35 de copago</p> <p>Especialista preferido: \$50 de copago</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Inyecciones para las alergias <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Preparación de cada vial multidosis de antígeno <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección el copago aplicable por visita al consultorio.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico de la salud: copago de \$35 por vial multidosis de antígeno</p> <p>Especialista preferido: \$50 de copago por vial multidosis de antígeno</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p>

Atención de alergias: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Atención de alergias (cont.)	Opción Estándar	Opción básica
		Nota: En el caso de los servicios facturados por laboratorios o radiólogos no participantes, usted paga cualquier diferencia entre nuestra prestación y el monto facturado.
<i>Sin cobertura: Pruebas de alimentos provocativos</i>	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Terapias de tratamiento	Opción estándar	Opción básica
<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</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para ciertos servicios</i> en la sección 3.</p> <p>Nota: Usted debe obtener aprobación previa para ciertos tratamientos de radioterapia. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal. Terapia intravenosa (IV)/infusión: terapia intravenosa o de infusión en el hogar. <p>Nota: Las visitas de enfermería 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 (consulte los requisitos de aprobación previa en la sección 3). <p>Nota: 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>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos inyectables para enfermedades autoinmunes: Remicade, Renflexis e Inflectra <p>Nota: Consulte arriba para conocer sus costos por terapia IV/infusión: terapia intravenosa o de infusión en el hogar.</p>	<p>Preferido: 10 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Terapias de tratamiento: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Terapias de tratamiento (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<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 ciertos servicios</i> en la sección 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálisis renal: hemodiálisis y diálisis peritoneal. • Farmacoterapia (administración de medicamentos) (consulte la sección 5(c) para conocer nuestra cobertura de medicamentos administrados en relación con estas terapias de tratamiento). • Análisis de conducta aplicado (ABA) para el tratamiento de un trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la sección 3). 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia de rehabilitación cognitiva 	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: \$30 de copago por consulta (sin deducible)</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$40 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Los beneficios están limitados a 75 visitas por persona, por año calendario, para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres.</p> <p>Nota: Las consultas que usted paga al cumplirse su año calendario deducible cuentan para el límite mencionado arriba.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Nota: Los beneficios están limitados a 50 visitas por persona, por año calendario, para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla, o una combinación de las tres.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de rehabilitación cognitiva (cont.)</p> <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>terapia recreativa o educativa y cualquier prueba de diagnóstico relacionada, excepto las proporcionadas por un hospital como parte de una estadía hospitalaria cubierta;</i> • <i>terapia de rehabilitación de mantenimiento o paliativa;</i> • <i>programas de ejercicio;</i> • <i>equinoterapia e hipoterapia (ejercicio a caballo);</i> • <i>terapia de masajes.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<p>Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición relacionadas con enfermedades o lesiones • Pruebas y exámenes para la receta de audífonos <p>Nota: Para conocer nuestra cobertura de audífonos y servicios relacionados, consulte Dispositivos ortopédicos y prostéticos en esta sección.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pruebas de audición de rutina</i> • <i>Audífonos (excepto los descritos abajo en esta sección)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<p>Servicios oftalmológicos (pruebas, tratamiento y suministros)</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: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Servicios oftalmológicos (pruebas, tratamiento y suministros): continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Servicios oftalmológicos (pruebas, tratamiento y suministros) (cont.)</p> <p>Nota: Los beneficios se proporcionan para refracciones 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 anteriormente.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista relacionados con una afección médica específica Tratamiento no quirúrgico para ambliopía y estrabismo, para niños desde el nacimiento hasta los 21 años <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>Nota: Consulte más atrás en esta sección para conocer nuestros niveles de pago para laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico realizadas u ordenadas por su proveedor.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico de la salud: copago de \$30 (sin deducible)</p> <p>Especialista preferido: copago de \$40 (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 anteriormente; monturas de anteojos de lujo o componentes de lentes para anteojos o lentes de contacto, como recubrimiento especial, polarización, tratamiento UV, etc.; lentes multifocales, acomodativas, tóricas u otras lentes intraoculares (LIO) de alta calidad, como Crystalens, ReStor y ReZoom; ejercicios oculares, entrenamiento visual u ortópticos, excepto para el tratamiento no quirúrgico de la ambliopía y el estrabismo, como se describe arriba; LASIK, INTACS, queratotomía radial y otros servicios de cirugía refractiva; refracciones, incluidas las realizadas durante un examen de la vista relacionado con una afección médica específica, excepto lo descrito arriba. 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga	
Cuidado de los pies	Opción estándar	Opción básica
<p>Cuidado de rutina de los pies cuando está bajo tratamiento activo para una enfermedad vascular periférica o metabólica, como la diabetes</p> <p>Nota: Consulte Dispositivos ortopédicos y protésicos para obtener información sobre plantillas para calzado podiátrico.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(b) para conocer nuestra cobertura para procedimientos quirúrgicos.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico de la salud: copago de \$30 para la visita en el consultorio (sin deducible), 15 % de la asignación del plan para todos los otros servicios (se aplica deducible)</p> <p>Especialista preferido: copago de \$40 para la visita en el consultorio (sin deducible); 15 % de la asignación del plan para todos los otros servicios (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto: 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>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Dispositivos ortopédicos y protésicos	Opción estándar	Opción básica
<p>Aparatos ortopédicos y prótesis como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miembros y ojos artificiales; • ortesis 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>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Dispositivos ortopédicos y protésicos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Dispositivos ortopédicos y prostéticos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Audífonos para niños hasta la edad de 22 años, limitados a \$2,500 por año calendario Audífonos para adultos de 22 años o mayores, limitados a \$2,500 cada 5 años calendario <p>Nota: Los beneficios para tarifas de dispensación, accesorios, baterías y servicios de reparación de los audífonos están incluidos en los límites de beneficios descritos anteriormente. Se requiere aprobación previa para los audífonos.</p>	Cualquier cantidad superior a \$2,500 (sin deducible)	Cualquier cantidad superior a \$2,500
<ul style="list-style-type: none"> Audífonos osteointegrados cuando sean médicamente necesarios, limitados a \$5,000 por año calendario 	Cualquier cantidad superior a \$5,000 (sin deducible)	Cualquier cantidad superior a \$5,000
<ul style="list-style-type: none"> Pelucas para la pérdida de pelo debido al tratamiento del cáncer <p>Nota: Los beneficios para pelucas cubren el 100 % de la cantidad facturada, limitada a \$350 para una peluca de por vida.</p>	Cualquier cantidad superior a \$350 para una peluca de por vida (sin deducible)	Cualquier cantidad superior a \$350 para una peluca de por vida
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> zapatos (incluidos zapatos para diabéticos); ortesis de venta libre; soportes del arco; taconeras y taloneras; pelucas (incluidas prótesis craneales), excepto las prótesis de cuero cabelludo, para la pérdida de pelo debido al tratamiento del cáncer, como se indica arriba; audífonos, dispositivos de aumento, accesorios o suministros de venta libre (incluidos los controles remotos y los paquetes de garantía), y los audífonos cuando no se haya obtenido la aprobación previa. 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<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"> Se lo receta su médico tratante (es decir, el médico que trata su enfermedad o lesión). Es médicamente necesario. Se utiliza de forma primaria y habitual solo con fines médicos. Generalmente es útil solo para una persona con una enfermedad o lesión. Se diseñó para uso prolongado. 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 nuestra opción, incluida la reparación y el ajuste. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipos de diálisis domiciliaria. Equipo de oxígeno. 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
Equipo médico duradero (DME) (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Nota: Cubrimos DME en niveles de 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>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos generadores de voz, limitados a \$1,250 por año calendario 	<p>Cualquier cantidad superior a \$1,250 por año (sin deducible)</p>	<p>Cualquier cantidad superior a \$1,250 por año</p>
<p><i>No está cubierto:</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 primario;</i> • <i>aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores y purificadores;</i> • <i>extractores de leche, excepto lo descrito arriba;</i> • <i>equipos, dispositivos y ayudas de comunicación (incluidos equipos informáticos), como “tableros de mensajes” u otras ayudas de comunicación para asistir a personas con problemas de comunicación (excepto los dispositivos generadores de voz enumerados arriba);</i> • <i>equipos con fines cosméticos;</i> • <i>terapia de oxígeno hiperbárico tópico (THBO);</i> • <i>cargos asociados con garantías separadas o extendidas.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Suministros médicos	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos médicos y suplementos nutricionales si se administran por catéter o sondas nasogástricas. Nota: Consulte la sección 10, <i>Definiciones</i>, para obtener más información sobre alimentos médicos. • Suministros para ostomía y catéteres. 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Suministros médicos: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Suministros médicos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> Oxígeno <p>Nota: Cuando nos 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre y plasma sanguíneo, excepto donación o sustitución, y expansores del plasma sanguíneo <p>Nota: Cubrimos suministros médicos en niveles de 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>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</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 primario, o usted esté inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del Programa para Empleados Federales (FEP). Alimentos médicos administrados por vía oral, excepto lo descrito en la sección 5(f). 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Servicios de atención médica a domicilio	Opción estándar	Opción básica
<p>Atención de enfermería a domicilio (especializada) durante dos horas por día cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> un personal de enfermería registrado (RN) o un personal de enfermería diplomado (LPN) proporciona los servicios; y un médico ordena la atención. 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Los beneficios para la atención de enfermería a domicilio están limitados a 50 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Nota: Las visitas que usted paga al cumplirse su año calendario deducible cuentan para el límite de visitas anuales.</p>	<p>Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Nota: Los beneficios para la atención de enfermería a domicilio están limitados a 25 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</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><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
Servicios de atención médica a domicilio (cont.)	Opción Estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • 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, excepto lo descrito en la sección 5(c) en Atención de enfermería especializada; • enfermería privada. 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Tratamiento manipulativo	Opción estándar	Opción básica
<p>Tratamiento manipulativo realizado por un proveedor profesional, cuando el proveedor ejerce dentro del alcance de su licencia, limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento manipulativo osteopático en cualquier región del cuerpo. • Tratamiento quiropráctico manipulativo espinal o extraespinal. <p>Nota: Los beneficios para el tratamiento manipulativo están limitados a los servicios y visitas de tratamiento combinado indicados aquí.</p> <p>Nota: Cuando lo 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>	<p>Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Los beneficios para el tratamiento manipulativo osteopático y quiropráctico están limitados a un total combinado de 12 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Nota: Las visitas manipulativas que usted paga al cumplirse su año calendario deducible cuentan para el límite del tratamiento mencionado arriba.</p>	<p>Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Nota: Los beneficios para el tratamiento manipulativo osteopático y quiropráctico están limitados a un total combinado de 20 visitas por persona por año calendario.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>
Tratamientos alternativos	Opción estándar	Opción básica
<p>Acupuntura.</p> <p>Nota: La acupuntura la debe realizar y facturar un proveedor de atención médica autorizado o certificado para realizar acupuntura por el estado donde se proporcionan los servicios y que actúa dentro del alcance de esa licencia o certificación. Consulte <i>Proveedores profesionales cubiertos</i> en la sección 3.</p> <p>Nota: Cuando lo factura un centro como el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, usted está limitado al número de visitas por año calendario indicado en esta página. Consulte la sección 5(c) para conocer sus costos compartidos.</p> <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 anteriormente en esta sección nuestra cobertura de acupuntura cuando se proporciona como anestesia para la atención cubierta de maternidad.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Los beneficios para la acupuntura están limitados a 24 visitas por año calendario.</p> <p>Nota: Las consultas que usted paga al cumplirse su año calendario deducible cuentan para el límite mencionado arriba.</p>	<p>Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Especialista preferido: Copago de \$50 por visita</p> <p>Nota: Los beneficios para la acupuntura están limitados a 12 visitas por año calendario.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan para medicamentos y suministros.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Tratamientos alternativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción Estándar	Opción básica
Tratamientos alternativos (cont.) <i>Sin cobertura:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>biorretroalimentación</i> • <i>capacitación en autocuidado o autoayuda</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Clases y programas educativos <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para dejar de fumar y de consumir tabaco <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>	Preferido: Nada (sin deducible) Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible) No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Preferido: Nada Participante/No participante: usted paga todos los cargos
<ul style="list-style-type: none"> • Educación diabética <p>Nota: Consulte las referencias previas para conocer nuestra cobertura de servicios de consejería nutricional que no forman parte de un programa de educación para diabéticos.</p>	Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible) Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible) No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Proveedor de atención primaria u otro profesional médico preferido: copago de \$35 por visita Especialista preferido: Copago de \$50 por visita Participante/No participante: Usted paga todos los cargos
<i>No está cubierto:</i> <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>síndrome premenstrual (PMS), lactancia, dolor de cabeza, trastornos alimentarios y otras clínicas educativas, a menos que se describan anteriormente 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 estadía hospitalaria cubierta;</i> • <i>servicios realizados o facturados por una escuela o centro de reinserción social o un miembro de su personal.</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

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

Aspectos importantes que se deben 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 les 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.).
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para los siguientes servicios quirúrgicos: cirugía para la obesidad severa y cirugía para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, excepto cuando la asistencia se presta en las 72 horas siguientes a la lesión accidental. Consulte la sección 3 para obtener más información.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para todos los procedimientos quirúrgicos de trasplante de órganos; y si su procedimiento quirúrgico requiere 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 y más adelante en esta sección para obtener información adicional. Si su procedimiento quirúrgico requiere una admisión hospitalaria, TAMBIÉN DEBE OBTENER UNA PRECERTIFICACIÓN de la atención hospitalaria.**
- Los beneficios de PPO corresponden únicamente cuando usa un proveedor PPO. Si no existe un proveedor PPO disponible, corresponderán los beneficios fuera del convenio.
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables tienen un límite de uno por persona por categoría terapéutica de medicamentos si se obtienen de un proveedor cubierto (que no sea una farmacia), según el beneficio de farmacias. Esta limitación de beneficios no corresponde si Medicare Parte B es su cobertura principal o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el surtido de medicamentos especializados de nivel 4 y nivel 5 de proveedores preferidos y farmacias preferidas. Los medicamentos contemplados dentro de este beneficio están disponibles en nuestra lista de medicamentos especializados. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- **Con la opción estándar:**
 - El deducible por año calendario es de \$350 por persona (\$700 por inscripción en Individual + 1 o en Individual y familia)
 - Prestamos beneficios por el 85 % de la prestación del plan para los 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 la cantidad facturada. Consulte la sección 4, *NSA*, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.
 - Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre las prestaciones por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la intervención **sea igual o superior a \$5,000**. Consulte la sección 3 para obtener más información.

- **Con la opción básica:**
 - No hay deducible por año calendario.
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios. Consulte a continuación y la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.**
 - Prestamos beneficios con un alcance equivalente a los niveles de beneficios preferidos para los 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 la cantidad facturada. Consulte la sección 4, *NSA*, para obtener información sobre cuándo no es responsable de esta diferencia.

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.</p> <p>Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Procedimientos quirúrgicos	Opción estándar	Opción básica
<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 • Trasplantes 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 la sección 5(a), <i>Dispositivos ortopédicos y protésicos</i>, y la sección 5(c), <i>Otros suministros y servicios hospitalarios</i>, para conocer nuestra cobertura para el dispositivo. • Procedimientos para tratar la obesidad grave cuando usted cumple con los criterios clínicos enumerados en nuestra política de medicina bariátrica en www.fepblue.org/legal/policies-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>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre las prestaciones por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la intervención sea igual o superior a \$5,000. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Procedimientos quirúrgicos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Nota: Cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos que agregan tiempo o complejidad a la atención del paciente durante la misma sesión operatoria, el Plan Local determina nuestra asignación para la combinación de procedimientos quirúrgicos múltiples, bilaterales o incidentales. Generalmente, permitiremos una cantidad reducida para procedimientos distintos al procedimiento primario.</p> <p>Nota: No pagamos extra por procedimientos “incidentales” (aquellos que no añaden tiempo ni complejidad a la atención del paciente).</p> <p>Nota: Cuando circunstancias inusuales requieren que un médico distinto de quien los aplicó retire los yesos o las suturas, el Plan Local puede determinar que se pague una asignación por separado.</p> <p>Nota: Para los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar, consulte <i>Planificación familiar</i> en la sección 5(a).</p>	<p>Consulte la página anterior.</p>	<p>Consulte la página anterior.</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de la esterilización voluntaria</i> • <i>Servicios de médicos de reserva</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> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cirugía reconstructiva	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una anomalía congénita • 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>Nota: 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.</p> <p>Nota: Si necesita una mastectomía, puede optar por realizar el procedimiento de forma hospitalaria y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre las prestaciones por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la intervención sea igual o superior a \$5,000. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Cirugía reconstructiva (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía de colocación de prótesis de pene para tratar la disfunción eréctil 	<p>Consulte la página anterior.</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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>Nota: Se requiere aprobación previa para la cirugía de afirmación de género. Para obtener más información sobre la aprobación previa, consulte la sección 3.</p> <p>Nota: 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 afección que no sea la disforia de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cirugía de afirmación de género en régimen hospitalario o ambulatorio está sujeta a los requisitos prequirúrgicos 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 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre las prestaciones por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la intervención sea igual o superior a \$5,000. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Cirugía reconstructiva (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Cirugía reconstructiva (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - El afiliado debe cumplir los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • 6 meses de terapia hormonal continua adecuada a la identidad de género del afiliado (a menos que esté médicamente contraindicado y no sea necesario para la mastectomía). • Documentación de consentimiento informado y cumplimiento de los criterios del programa para el tratamiento quirúrgico de afirmación de género. • 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>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre las prestaciones por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la intervención sea igual o superior a \$5,000. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</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>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Cirugía bucal y maxilofacial</p> <p>Procedimientos quirúrgicos bucales, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escisión de tumores y quistes de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y suelo de la boca cuando sea necesario un examen patológico • Cirugía necesaria para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca <p>Nota: Se requiere aprobación previa para la cirugía bucal/maxilofacial, necesaria para corregir lesiones accidentales como las descritas anteriormente, excepto cuando la atención se proporcione dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escisión de exostosis de mandíbulas y 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>Nota: Los dentistas y cirujanos bucales que forman parte de nuestra red dental preferida para cuidados odontológicos rutinarios no son necesariamente proveedores preferidos para otros servicios que cubre este plan bajo otras disposiciones de prestaciones (como la prestación quirúrgica para cirugía bucal y maxilofacial). Llame al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para comprobar que su proveedor es preferido para el tipo de tratamiento (por ejemplo, tratamiento dental rutinario o cirugía oral) que tiene pensado solicitar.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Podrá pedir autorización previa y recibir información específica sobre las prestaciones por adelantado para las intervenciones quirúrgicas que vayan a ser realizadas por médicos no participantes cuando el costo de la intervención sea igual o superior a \$5,000. Consulte la sección 3 para obtener más información.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la prestación del plan por los productos, medicamentos o suministros administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantes y trasplantes bucales, excepto aquellos necesarios para tratar lesiones accidentales como se describe específicamente arriba 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 específicamente arriba 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 específicamente arriba 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 específicamente arriba y en la sección 5(g).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos	Opción estándar	Opción básica
<p>Los trasplantes de órganos y tejidos sólidos están sujetos a la necesidad médica y a la revisión experimental/de investigación. Para los trasplantes de órganos sólidos enumerados abajo, debe obtener aprobación previa del Plan Local para realizar los procedimientos y certificación previa para el centro. (Consulte certificación previa y aprobación previa en la sección 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplante de corazón • Trasplante de corazón y pulmón • Trasplante de riñón • Trasplante de hígado • Trasplante de páncreas • Trasplante combinado de hígado y riñón • Trasplante combinado de páncreas y riñón • Trasplante autólogo de células de los islotes de páncreas (como complemento de la pancreatectomía total o casi total) solo para pacientes con pancreatitis crónica • Trasplantes de intestino (intestino delgado) e intestino delgado con hígado o intestino delgado con múltiples órganos como hígado, estómago y páncreas • Trasplante de pulmón simple, doble o lobar <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios para el trasplante de pulmón se limitan a trasplantes dobles de pulmón para afiliados con fibrosis quística terminal. • Implantación de un corazón artificial como puente hacia el trasplante o la terapia de destino 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>

Nota: **Los trasplantes de órganos sólidos** deben realizarse en un centro con un Programa de Trasplantes Aprobado por Medicare para el correspondiente tipo de trasplante previsto. Los trasplantes que afecten a más de un órgano deben realizarse en un centro que ofrezca un Programa de Trasplantes Aprobado por Medicare para cada órgano que se trasplante.

Nota: Si Medicare no ofrece un programa aprobado para un tipo concreto de procedimiento de trasplante de órganos, este requisito no se aplica y puede usar cualquier centro cubierto que lo realice.

Nota: Si Medicare ofrece un programa aprobado para un trasplante de órganos anticipado, pero su centro no está autorizado para el procedimiento por Medicare, póngase en contacto con su Plan Local llamando al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Todos los trasplantes de células madre sanguíneas o de médula ósea indicados a continuación -Requieren aprobación previa y deben realizarse en un centro con un programa de trasplantes autorizado por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT), o en un centro designado como Blue Distinction Center for Transplants o como Instalación de Investigación del Cáncer. Consulte la sección 3 para obtener más información sobre estos tipos de centros.

No todos los centros ofrecen servicios para todos los tipos de procedimientos o afecciones de trasplante enumerados, ni están designados o autorizados para todos los trasplantes cubiertos. No se proporcionan beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto a menos que el centro esté específicamente designado o autorizado para realizar tal procedimiento. Antes de pedir un trasplante, llame a su Plan Local al número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para que le ayuden a localizar un centro elegible y pedir la aprobación previa de los servicios de trasplante para los diagnósticos que se indican abajo:

Los médicos consideran muchas características para determinar cómo las enfermedades responderán a distintos tipos de tratamientos. Algunas de las características consideradas son la presencia o ausencia de cromosomas normales o anormales, la expansión de la enfermedad al resto del cuerpo y la rapidez con la que crecen las células del tumor. Mediante el análisis de estas y otras características, los médicos son capaces de determinar qué enfermedades pueden responder al tratamiento sin trasplante y qué enfermedades pueden responder al trasplante.

Descripción de beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos	Opción estándar	Opción básica
<p>Trasplantes alogénicos de células madre de sangre o médula ósea limitados a los diagnósticos y etapas indicados a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfocítica o mieloide aguda (por ejemplo, promielocítica AML) • 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 mayor) • 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 (por ejemplo, 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 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>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.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Trasplantes autólogos de células madre de sangre o médula ósea limitados a los diagnósticos y etapas indicados a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia mieloide aguda • Autoinmune, limitado 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 teratoide/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 (por ejemplo, mieloma múltiple, amiloidosis, leucemia de células plasmáticas, POEMS [polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y síndrome de cambios cutáneos]) • Tumor de Wilms 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Trasplantes de células madre de sangre o médula ósea para los diagnósticos a continuación, solo cuando se realizan como parte de un ensayo clínico que cumple los criterios de aprobación previa del programa de trasplantes y los requisitos enumerados abajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos de células madre de sangre o médula ósea para: <ul style="list-style-type: none"> - Autoinmune: limitado 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 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios</p> <p>Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
Trasplantes de órganos/tejidos (cont.) <ul style="list-style-type: none"> Continuación de la página anterior: <ul style="list-style-type: none"> Carcinoma de células renales Sarcoma: sarcoma de Ewing, rhabdomyosarcoma, sarcoma de tejidos blandos Trasplantes autólogos de células madre de sangre o médula ósea para: <ul style="list-style-type: none"> 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) 	Consulte la página anterior.	Continuación de la página anterior: Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes. Participante/No participante: Usted paga todos los cargos

- Requisitos para los trasplantes de células madre de sangre o médula ósea cubiertos solo en ensayos clínicos:
 - debe comunicarse con nosotros al número de teléfono de servicio al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener aprobación previa (consulte la sección 3); y
 - el paciente debe estar adecuada y legalmente registrado en el ensayo clínico, cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad del ensayo; y
 - el ensayo clínico se debe revisar y aprobar por la Junta de Revisión Institucional (IRB) del centro acreditado por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT), el centro Blue Distinction Center for Transplant o Instalación de Investigación del Cáncer donde se realizará el procedimiento.

Nota: 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 <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials>. Si un ensayo clínico no aleatorio para un trasplante de células madre sanguíneas o médula ósea indicado arriba, que cumple los requisitos mencionados anteriormente, no se encuentra disponible, coordinaremos para que su trasplante se realice en un centro de trasplantes aprobado, en caso de que esté disponible.

Aunque afirmemos que hay beneficios disponibles para un tipo específico de estudio clínico, es posible que usted no reúna los requisitos para ser incluido en estos estudios o que no haya ningún estudio disponible en un centro acreditado por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (FACT), el centro Blue Distinction Center for Transplant o Instalación de Investigación del Cáncer para tratar su afección en el momento en que espera ser incluido en un ensayo clínico. Si su médico le ha recomendado que participe en un ensayo clínico, le animamos a que se ponga en contacto con el Departamento de Gestión de Casos de su Plan Local para obtener ayuda. Nota: Consulte la sección 9 para conocer nuestra cobertura de otros costos asociados con los ensayos clínicos.

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
Trasplantes de órganos/tejidos Servicios de trasplante relacionados: <ul style="list-style-type: none"> Extracción o reinfusión de células madre sanguíneas o médula ósea como parte de un trasplante alogénico o autólogo cubierto 	Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible) Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible) No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	Preferido: copago de \$150 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en consultorios Preferido: copago de \$200 por cirujano para procedimientos quirúrgicos realizados en otros entornos

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> 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 diagnosticados en el momento de la recolección con una de las afecciones enumeradas en esta sección. <p>Nota: Están cubiertos los gastos relacionados con el almacenamiento de células madre sanguíneas 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 se conceden beneficios por 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 sanguíneas o de médula ósea programado o que se prevea programar dentro de un plazo adecuado para pacientes diagnosticados con una de las afecciones enumeradas en esta sección. Gastos médicos y hospitalarios cubiertos del donante, cuando cubrimos 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>Consulte la página anterior.</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nota: Su proveedor documentará el lugar del servicio cuando presente un reclamo por los procedimientos. Comuníquese con el proveedor si tiene alguna pregunta acerca del lugar del servicio.</p> <p>Nota: Si usted recibe los servicios de un segundo cirujano, usted pagará un copago separado por esos servicios, según dónde se realice el procedimiento quirúrgico. No corresponden copagos adicionales para los servicios de cirujanos asistentes.</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

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

Participamos en el Programa de los Blue Distinction Centers for Transplants para los trasplantes de órganos y tejidos mencionados abajo.

Los afiliados que eligen utilizar un centro Blue Distinction Center for Transplants para obtener un trasplante cubierto, solo pagan los \$350 de copago por admisión en la opción estándar, o los \$350 de copago por día (máximo de \$1.750) en la opción básica para el período del trasplante. Consulte la sección 10 para ver la definición de “período del trasplante”. Los afiliados no son responsables de los costos adicionales por servicios profesionales incluidos.

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

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 servicio al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación antes de obtener servicios. Será derivado al coordinador de trasplantes del plan designado para obtener información sobre Blue Distinction Centers for Transplants.

- Corazón (adulto y pediátrico)
- Riñón (adulto y pediátrico)
- Hígado (adulto y pediátrico para solo hígado; solo adulto para la combinación de hígado y riñón)
- Pulmón simple o doble (solo adulto)

- Trasplantes de células madre sanguíneas o médula ósea (adulto y pediátrico) mencionados en esta sección.
- Servicios de trasplante relacionados, mencionados anteriormente

Beneficios de viaje:

Los afiliados que reciben atención cubierta en un Blue Distinction Center for Transplants para uno de los trasplantes enumerados arriba pueden recibir un reembolso por los gastos de viaje en los que incurran relacionados con el trasplante, sujeto a los criterios y limitaciones que se describen aquí.

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 afiliado y sus acompañantes. Si el receptor del trasplante tiene 21 años o menos, abonamos hasta \$10,000 por los gastos de viaje elegibles del afiliado y sus acompañantes. El reembolso está sujeto a la normativa del Servicio de Impuestos Internos (IRS) Nota: Debe obtener aprobación previa para los beneficios de viaje (consulte la sección 3).

Nota: No hay beneficios disponibles para trasplantes de intestino, páncreas, pulmón pediátrico y corazón y pulmón en los Blue Distinction Centers for Transplants.

Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros beneficios de atención en los centros.

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Trasplantes de órganos/tejidos</p> <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cualquier trasplante que no esté indicado como cubierto y trasplantes para cualquier diagnóstico que no esté indicado como cubierto.</i> • <i>Pruebas de detección de donantes y gastos de búsqueda de donantes, incluidos los gastos de viaje asociados, con excepción de lo definido anteriormente.</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>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> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Anestesia</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>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Anestesia: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
Anestesia (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<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>Nota: Los servicios de acupuntura con anestesia no se acumulan para el máximo anual del miembro.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer nuestros niveles de pago por servicios de anestesia facturados por un centro.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Anestesia relacionada con procedimientos o cirugías no cubiertos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Cosas 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 beneficios de centros para pacientes ambulatorios que se describen en este folleto. Consulte la sección 10, *Definiciones*, para obtener más información sobre estos tipos de servicios.
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para los siguientes servicios: estudios del sueño en centros, cirugía para la obesidad severa y cirugía para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, excepto cuando la asistencia se presta en las 72 horas siguientes a la lesión accidental. Consulte la sección 3 para obtener más información.**
- **DEBE OBTENER APROBACIÓN PREVIA para la cirugía de reasignación sexual. Consulte la sección 3 para ver la aprobación previa y la sección 5(b) para ver el beneficio quirúrgico.**
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden ofrecer servicios en centros preferidos (PPO).
- El pago depende de 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 costo profesional (es decir, médicos, etc.) se enumeran en las Secciones 5(a) o 5(b).
- Los beneficios de PPO corresponden únicamente cuando usa un proveedor PPO. Si no existe un proveedor PPO disponible, corresponderán los beneficios fuera del convenio.
- Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables tienen un límite de uno por persona por categoría terapéutica de medicamentos si se obtienen de un proveedor cubierto (que no sea una farmacia), según el beneficio de farmacias. Esta limitación de beneficios no corresponde si Medicare Parte B es su cobertura principal o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el surtido de medicamentos especializados de Nivel 4 y Nivel 5 de proveedores preferidos y farmacias preferidas. Los medicamentos contemplados dentro de este beneficio están disponibles en nuestra lista de medicamentos especializados. Visite www.fepblue.org/specialtypharmacy o llámenos al 888-346-3731.
- **Con la opción estándar:**
 - El deducible por año calendario es de \$350 por persona (\$700 por inscripción en Individual + 1 o en Individual y familia)
- **Con la opción básica:**
 - No hay deducible por año calendario.
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios.** Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.
 - No se le cobran costos compartidos por la atención recibida de proveedores profesionales preferidos en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital preferido y facturada por estos profesionales, excepto para servicios quirúrgicos, medicamentos, suministros, dispositivos ortopédicos y prostéticos, y equipo médico duradero. Usted debe hacerse cargo de las cantidades de los costos compartidos aplicables por los servicios prestados y facturados por el hospital.

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección. Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Hospital para pacientes hospitalizados	Opción estándar	Opción básica
<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 si usted necesita estar aislado para prevenir el contagio, si su aislamiento es requerido por ley o si un hospital afiliado o preferido tiene habitaciones privadas solamente. Si un hospital afiliado o preferido solo tiene habitaciones privadas, nuestro pago dependerá del estado contractual del centro. Si un hospital no afiliado solo tiene habitaciones privadas, nuestro pago dependerá de la asignación del plan para su tipo de admisión. Consulte la sección 10, <i>Definiciones</i>, para obtener más información.</p> <p>Consulte más adelante en esta sección y la sección 5(e) sobre centros de tratamiento residencial para pacientes hospitalizados.</p> <p>Otros suministros y servicios hospitalarios, como ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> Salas de quirófano, recuperación, maternidad 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, incluyendo 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 en los niveles de 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>Nota: Algunos aspectos a 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. 	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible)</p> <p>Nota: En el caso de la atención en centros relacionados con la maternidad, por ejemplo, la atención en centros de maternidad, condonamos el copago por admisión y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos si acude a un centro preferido.</p> <p>Centros afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y el saldo restante después de nuestro pago</p> <p>Nota: Si usted ingresa a un centro afiliado o no afiliado debido a una emergencia médica o lesión accidental, usted paga \$350 de copago por admisión por días ilimitados y, después, nosotros proporcionamos el 100 % de los beneficios de la asignación del plan.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados</p> <p>Nota: Su responsabilidad por la atención médica por maternidad en un centro preferido, o centro de maternidad, se limita a \$350 de copago asociado a los cargos incurridos durante el parto.</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: usted paga todos los cargos</p>

Servicios para pacientes hospitalizados (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Servicios para pacientes hospitalizados (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<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>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer otros servicios de maternidad cubiertos.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer la cobertura de sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Nota: Para ciertos procedimientos quirúrgicos, se reducen los costos a su cargo en los servicios del centro si acude a un centro designado como Blue Distinction Center. Siga leyendo esta sección para obtener más información.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible)</p> <p>Nota: En el caso de la atención en centros relacionados con la maternidad, por ejemplo, la atención en centros de maternidad, condonamos el copago por admisión y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos si acude a un centro preferido.</p> <p>Centros afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y el saldo restante después de nuestro pago</p> <p>Nota: Si usted ingresa a un centro afiliado o no afiliado debido a una emergencia médica o lesión accidental, usted paga \$350 de copago por admisión por días ilimitados y, después, nosotros proporcionamos el 100 % de los beneficios de la asignación del plan.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados</p> <p>Nota: Su responsabilidad por la atención médica por maternidad en un centro preferido, o centro de maternidad, se limita a \$350 de copago asociado a los cargos incurridos durante el parto.</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Admisión a centros no cubiertos, como residencias de ancianos, centros de cuidados prolongados, escuelas o centros de tratamiento residenciales (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 habitación y comida en los centros cuando, a nuestro juicio, una admisión o parte de una admisión consiste en una:</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>Atención a largo plazo o de cuidados básicos (consulte 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> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Servicios para pacientes hospitalizados (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Servicios para pacientes hospitalizados (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> - 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). - 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). <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 dada por proveedores de centros cubiertos (consulte la sección 3).</i></p>	<p>Todos los cargos</p>	<p>Todos los cargos</p>
Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria	Opción estándar	Opción básica
<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. • Acupuntura. • 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><i>Nota: Los beneficios de atención preventiva corresponden a los cargos del centro de la primera colonoscopia cubierta en el año calendario. Consulte Atención preventiva de adultos, en la sección 5(a). Brindamos beneficios de diagnóstico para servicios relacionados con procedimientos de colonoscopia posteriores en el mismo año.</i></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 domiciliaria de hemofilia. • Otros suministros médicos, incluyendo el oxígeno. 	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: \$250 de copago por día por centro</p> <p><i>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por implantes quirúrgicos, agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</i></p> <p>Centros 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	
Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> Implantes quirúrgicos <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. Para conocer nuestra cobertura de consultas en clínicas hospitalarias, consulte los beneficios profesionales descritos en la sección 5(a). Para ciertos procedimientos quirúrgicos, se reducen los gastos de bolsillo por los servicios del centro si acude a un centro designado como Blue Distinction Center, como se describe más adelante en esta sección. En el caso de la atención en centros para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, incluida la atención a pacientes ambulatorios en salas de parto, no cobramos el costo compartido y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos cuando acude a un centro preferido. Consulte la sección 5(a) para conocer otros servicios de maternidad incluidos. Consulte más adelante en esta sección los medicamentos, dispositivos médicos y equipos médicos duraderos para pacientes ambulatorios facturados por un centro. Cubrimos los suministros y servicios de atención hospitalaria ambulatoria relacionados con el tratamiento de niños y jóvenes de hasta 22 años con caries dental grave. <p>Cubrimos la atención hospitalaria ambulatoria relacionada con otros tipos de procedimientos dentales solo cuando existe un impedimento físico no dental que hace que el entorno del hospital sea necesario para proteger la salud del paciente. Consulte la sección 5(g), <i>Beneficios dentales</i>, para obtener información adicional sobre los beneficios.</p>	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: \$250 de copago por día por centro</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por implantes quirúrgicos, agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios de observación para pacientes ambulatorios realizados y facturados por un hospital o un centro ambulatorio independiente</p> <p>Nota: Todos los servicios para pacientes ambulatorios facturados por el centro durante el tiempo que usted recibe servicios de observación se incluyen en el total de costo compartido que se muestra aquí. Consulte la sección 5(a) para conocer los servicios facturados por proveedores profesionales durante una estadía de observación y más adelante en esa misma sección encontrará información sobre los beneficios para las admisiones de pacientes hospitalizados.</p> <p>Nota: En el caso de los servicios de observación para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, no cobramos el costo compartido y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos cuando acude a un centro preferido.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por la duración de los servicios (sin deducible)</p> <p>Centros afiliados: \$450 de copago por la duración de los servicios, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: \$450 de copago por la duración de los servicios, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y el saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750</p> <p>Centros 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	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)</p> <p>Servicios de pruebas de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografías • Pruebas de densidad ósea • Diagnóstico por imágenes (CT scans)/Resonancia magnética (MRI)/Tomografía por emisión de positrones (PET scans) • Medicina nuclear • Estudios del sueño en centros (se requiere aprobación previa) • Pruebas genéticas (se requiere aprobación previa) 	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: \$250 de copago por día por centro</p> <p>Centros afiliados: \$250 de copago por día por centro</p> <p>Centros no afiliados: \$250 de copago por día por centro, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por los agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p>
<p>Servicios de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios realizadas y facturadas por un centro, como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo cardiovascular • Electroencefalograma (EEG) • Estudios del sueño a domicilio/sin asistencia • Ecografías • Pruebas neurológicas • Radiografías (incluyendo la instalación de equipos de radiografías portátiles) <p>Nota: En el caso de la atención en centros para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, incluida la atención a pacientes ambulatorios en salas de parto, no cobramos el costo compartido y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos cuando acude a un centro preferido.</p>	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: \$40 de copago por día por centro</p> <p>Centros afiliados: \$40 de copago por día por centro</p> <p>Centros no afiliados: \$40 de copago por día por centro, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Es posible que usted deba hacerse cargo de un copago mayor por día por centro si otros servicios de diagnóstico o tratamiento se facturan en conjunto con los servicios enumerados aquí.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por los agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</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 • Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de la opción estándar se limitan a un total combinado de 75 visitas por persona por año calendario. - Los beneficios de la opción básica se limitan a un total combinado de 50 visitas por persona por año calendario. • Servicios de tratamiento de manipulación <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de la opción estándar se limitan a un total combinado de 12 consultas por persona por año calendario. - Los beneficios de la opción básica se limitan a un total combinado de 20 consultas por persona por año calendario. 	<p>Centros preferidos: \$30 de copago por día por centro (sin deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: \$35 de copago por día por centro</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por los agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Servicios de tratamiento ambulatorios realizados y facturados por un centro, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca • Rehabilitación pulmonar • Análisis de comportamiento aplicado (ABA) para el trastorno del espectro autista (consulte los requisitos de aprobación previa en la sección 3) 	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: \$35 de copago por día por centro</p> <p>Nota: Es posible que usted deba hacerse cargo de un copago mayor por día por centro si otros servicios de diagnóstico o tratamiento se facturan en conjunto con los servicios enumerados aquí.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por los agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorios realizados y facturados por un centro, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y servicios de patología • EKG <p>Nota: En el caso de la atención en centros para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, incluida la atención a pacientes ambulatorios en salas de parto, no cobramos el costo compartido y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos cuando acude a un centro preferido.</p>	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan</p> <p>Centros afiliados: 15 % de la asignación del plan</p> <p>Centros no afiliados: 15 % de la asignación del plan, más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Es posible que usted deba hacerse cargo de un copago por día por centro si otros servicios de diagnóstico o tratamiento se facturan en conjunto con los servicios enumerados aquí.</p> <p>Nota: Usted paga el 30 % de la asignación del plan por los agentes o medicamentos administrados u obtenidos en relación con su asistencia sanitaria.</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 aneurismas aórticos abdominales <p>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer nuestros niveles de pago en servicios cubiertos de atención preventiva para niños, facturados por centros y realizados de forma ambulatoria.</p>	<p>Consulte la sección 5(a) para conocer nuestros niveles de pago en servicios de atención preventiva para adultos.</p>	<p>Centros preferidos: Nada</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Nada para exámenes de detección de cáncer y ecografías para detectar aneurismas aórticos abdominales</p> <p>Nota: Los beneficios no están disponibles para exámenes físicos de rutina para adultos, pruebas de laboratorio asociadas, colonoscopias o vacunas de rutina realizados en centros afiliados o no afiliados.</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
Centros hospitalarios ambulatorios o de cirugía ambulatoria (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<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 recetados • Dispositivos ortopédicos y prostéticos • Equipo médico duradero • Implantes quirúrgicos <p>Nota: En el caso de la atención en centros para pacientes ambulatorios relacionados con la maternidad, incluida la atención a pacientes ambulatorios en salas de parto, no cobramos el costo compartido y pagamos la totalidad de los servicios cubiertos cuando acude a un centro preferido.</p> <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 corresponde si tiene Medicare Parte B como cobertura principal o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare.</p>	<p>Centros preferidos: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centros preferidos: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Nota: Es posible que deba pagar un copago por día por centro en el caso de otros servicios para pacientes ambulatorios enumerados en esta sección.</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
Atención especializada Blue Distinction®	Estándar	Opción básica
<p>Proporcionamos beneficios mejorados para los servicios cubiertos en centros para pacientes hospitalizados cuando la cirugía se realiza en un centro designado como Blue Distinction Center for Knee and Hip Replacement, Blue Distinction Center for Spine Surgery o Blue Distinction Center for Comprehensive Bariatric Surgery y relacionados con los procedimientos quirúrgicos enumerados abajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las cirugías bariátricas cubiertas son: <ul style="list-style-type: none"> - Bypass gástrico en Y de Roux. - Banda gástrica laparoscópica ajustable. - Gastrectomía en manga. - Derivación biliopancreática con cruce duodenal. • Revisión o reemplazo total de cadera • Revisión o reemplazo total de rodilla • Cirugía de columna, limitada a: <ul style="list-style-type: none"> - Discectomía cervical. - Discectomía torácica. - Laminectomía. - Laminoplastia. - Fusión espinal. <p>Nota: Debe certificar previamente su estadía hospitalaria y verificar que su centro esté designado como un Blue Distinction Center para el tipo de cirugía que se programe. Para obtener ayuda, comuníquese con nosotros antes de su ingreso a través del número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.</p>	<p>Blue Distinction Center: \$150 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible)</p>	<p>Blue Distinction Center: \$100 de copago por día de hasta \$500 por admisión por días ilimitados</p>

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

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Atención especializada Blue Distinction® (cont.)</p> <p>Nota: Los miembros son responsables de las cantidades habituales de los costos compartidos por cirugía y los servicios profesionales asociados, como se describe en la sección 5(b).</p> <p>Nota: Estos niveles de beneficio no aplican en el caso de atención en centros hospitalarios relacionada con otros servicios o procedimientos, o en el caso de los servicios de atención para pacientes ambulatorios, incluso si los servicios se realizan en un Blue Distinction Center.</p> <p>Nota: Consulte la sección 3 para obtener más información sobre los Blue Distinction Centers.</p>	<p>Opción estándar</p> <p>Blue Distinction Center: \$150 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible)</p>	<p>Opción básica</p> <p>Blue Distinction Center: \$100 de copago por día de hasta \$500 por admisión por días ilimitados</p>
<p>Servicios de atención para pacientes ambulatorios relacionados con procedimientos quirúrgicos bariátricos cubiertos específicos, cuando la cirugía es realizada en un Blue Distinction Center for Bariatric Surgery designado.</p> <p>Servicios de atención para pacientes ambulatorios relacionados con cirugías de revisión o reemplazo de rodilla o cadera cubiertas específicas y ciertos procedimientos quirúrgicos de columna, cuando se realizan en un Blue Distinction Center designado para cirugías de cadera, rodilla o columna.</p> <p>Nota: Debe cumplir con los requisitos prequirúrgicos enumerados en nuestras políticas médicas para cirugías bariátricas.</p> <p>Nota: Además, debe obtener aprobación previa y verificar que su centro esté designado como un Blue Distinction Center para el tipo de cirugía que se programe. Para obtener ayuda, comuníquese con nosotros antes del procedimiento a través del número de teléfono de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.</p> <p>Nota: Los miembros son responsables de las cantidades habituales de los costos compartidos por cirugía y los servicios profesionales asociados, como se describe en la sección 5(b).</p> <p>Nota: Estos beneficios no aplican a otros tipos de servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, incluso cuando se realicen en un Blue Distinction Center.</p> <p>Nota: Consulte la sección 3 para obtener más información sobre los Blue Distinction Centers.</p>	<p>Blue Distinction Center: \$100 por día por centro (sin deducible)</p>	<p>Blue Distinction Center: \$25 por día por centro</p>
<p>Centro de tratamiento residencial</p>	<p>Estándar</p>	<p>Opción básica</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>Nota: Los beneficios de RTC no están disponibles en los centros registrados como centro de enfermería especializada, hogar comunitario, hogar de transición o centros similares.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible)</p> <p>Centros afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: usted paga todos los cargos</p>

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Centro de tratamiento residencial (cont.)	Estándar	Opción básica
<p>Nota: Los beneficios no están disponibles para los servicios no cubiertos, entre ellos: 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 estadía aprobada; artículos de comodidad personal, como comidas y camas para huéspedes, teléfono, televisión, servicios de belleza y barbería; atención a largo plazo o de cuidados básicos (consulte Definiciones), y atención proporcionada en el domicilio debido a que la atención en el hogar no está disponible o es inadecuada.</p> <p>Nota: Para servicios en un centro de tratamiento residencial, consulte la sección 5(e).</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible)</p> <p>Centros afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
Beneficios de atención extendida/Beneficios de centros de atención de enfermería especializada	Estándar	Opción básica
<p>Cuando Medicare Parte A no es su pagador principal:</p> <p>En el caso de los miembros que no tienen Medicare Parte A, cubrimos la atención a pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada (SNF) por un máximo de 30 días por año, cuando se espera que el miembro se beneficie de los servicios de SNF a corto plazo con la meta de volver a su casa.</p> <p>Nota: Se exige certificación previa antes del ingreso (incluyendo la atención en el extranjero).</p> <p>No hay beneficios disponibles para la atención de pacientes hospitalizados en un SNF únicamente para la administración de alimentación por sonda, para el tratamiento de diálisis que puede hacerse en la casa, como transición provisional para el lugar de atención a largo plazo o para cualquier otro servicio no cubierto.</p> <p>Nota: Es posible que no se proporcionen los beneficios para pacientes hospitalizados (como habitación y comida) si no se obtiene la certificación previa antes del ingreso (consulte la sección 3).</p>	<p>Centros preferidos: \$175 (sin deducible) por admisión</p> <p>Centros afiliados: \$275 más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) por admisión</p> <p>Centros no afiliados: \$275 más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y cualquier otro saldo restante después de nuestro pago, por admisión</p>	<p>Todos los cargos</p>
<p>Cuando Medicare Parte A es su pagador principal:</p> <p>Cuando Medicare Parte A es su pagador principal (lo que significa que paga primero) y ha realizado un pago, la opción estándar ofrece beneficios secundarios limitados.</p> <p>Pagamos la totalidad de los copagos de Medicare Parte A incurridos desde el día 1 hasta el 30 de hospitalización para cada período del beneficio (como lo define Medicare) en un centro de enfermería especializada calificado.</p> <p>Nota: Consulte https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/ge101c03.pdf para conocer la definición completa del período de beneficio de Medicare.</p> <p>Si Medicare paga la totalidad de los primeros 20 días, los beneficios del plan comenzarán el día 21 (cuando comienzan los copagos de Medicare Parte A) y terminarán el día 30.</p>	<p>Centros preferidos: Nada (sin deducible)</p> <p>Centros afiliados: Nada (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: Nada (sin deducible)</p> <p>Nota: Usted paga todos los cargos que no pagados por Medicare después del día 30.</p>	<p>Todos los cargos</p>

Beneficios de atención extendida/Beneficios de centros de atención de enfermería especializada: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Beneficios de atención extendida/Beneficios de centros de atención de enfermería especializada (cont.)</p> <p>Nota: Consulte más adelante en esta sección los beneficios ofrecidos para las terapias física, ocupacional, del habla y de rehabilitación cognitiva para pacientes ambulatorios, y los servicios de tratamiento de manipulación cuando los factura un centro de enfermería especializada. Consulte la sección 5(f) para conocer los beneficios en medicamentos recetados.</p> <p>Nota: Si Medicare Parte A es su pagador principal, solo proporcionaremos beneficios si Medicare dio beneficios para la admisión.</p>	<p>Centros preferidos: Nada (sin deducible)</p> <p>Centros afiliados: Nada (sin deducible)</p> <p>Centros no afiliados: Nada (sin deducible)</p> <p>Nota: Usted paga todos los cargos que no pagados por Medicare después del día 30.</p>	<p>Todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <p><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 afiliado 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></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Cuidados paliativos</p>	<p>Opción estándar</p>	<p>Opción básica</p>
<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>	<p>Ver lo siguiente</p>	<p>Ver lo siguiente</p>
<p>Beneficios previos a la inscripción en cuidados paliativos</p> <p>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 visitas de inscripción previa cuando las realiza 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>No corresponde (sin deducible)</p>	<p>Nada</p>

Cuidados paliativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Cuidados paliativos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<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). 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 necesita aprobación previa. Sin embargo, nuestros beneficios se limitarán a los servicios aquí detallados.</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>Nada (sin deducible)</p>	<p>Nada</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 avanzada de la atención (consulte la sección 10) • 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 la página siguiente</p>	<p>Ver la página siguiente</p>

Cuidados paliativos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Cuidados paliativos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Cuidados paliativos tradicionales en el hogar Visitas periódicas al hogar del miembro para el control de la afección médica terminal y para ofrecer 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.</p>	<p>Centros preferidos: no corresponde (sin deducible) Centros afiliados/no afiliados: \$450 de copago por episodio (sin deducible)</p>	<p>Centros preferidos: Nada Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Cuidados paliativos continuos domiciliarios Servicios prestados en el hogar a afiliados inscritos en cuidados paliativos en el hogar durante un período de crisis, como ajustes frecuentes de medicamentos para controlar los síntomas o para controlar un cambio significativo en la afección del afiliado, que requiere un mínimo de 8 horas de atención durante cada período de 24 horas por un profesional de enfermería registrado (RN) o un profesional de enfermería diplomado (LPN). Nota: Los miembros deben recibir aprobación previa del plan local para cada episodio de cuidados paliativos continuos en el hogar. 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 proporcionados por el programa de cuidados paliativos en el hogar en el que está inscrito el miembro.</p>	<p>Centros preferidos: Nada (sin deducible) Centros afiliados: \$450 de copago por episodio (sin deducible) Centros no afiliados: \$450 más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y cualquier otro saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros preferidos: Nada Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados 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>Centros preferidos: Nada (sin deducible) Centros afiliados: \$450 de copago por admisión, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) Centros no afiliados: \$450 de copago por admisión, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y cualquier otro saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros preferidos: Nada Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Planificación avanzada de la atención, excepto cuando se ofrece como parte de un plan de tratamiento de cuidados paliativos cubiertos.</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>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociado con atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados • Relacionado con emergencia médica • Asociado con cuidados paliativos cubiertos <p>Nota: También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieren servicios de transporte.</p>	<p>\$100 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia terrestre (sin deducible)</p> <p>\$150 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia aérea o marítima</p>	<p>\$100 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia terrestre</p> <p>\$150 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia aérea o marítima</p>
<p>Servicios de transporte en ambulancia profesional hacia o desde el hospital más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, cuando sea médicamente necesario y cuando esté relacionado con lesiones accidentales.</p> <p>Nota: También cubrimos la atención de emergencia médicamente necesaria proporcionada en el lugar cuando no se requieren servicios de transporte.</p> <p>Nota: Se requiere aprobación previa para todo transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia.</p>	<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>\$100 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia terrestre</p> <p>\$150 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia aérea o marítima</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 servicios de evacuación de emergencia al centro más cercano equipado para tratar adecuadamente su afección, comuníquese con el Centro de Asistencia en el Extranjero (proporcionado por GeoBlue) llamando al 804-673-1678.</p>	<p>\$100 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia terrestre (sin deducible)</p> <p>\$150 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia aérea o marítima</p>	<p>\$100 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia terrestre</p> <p>\$150 de copago por día para servicios de transporte en ambulancia aérea o marítima</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> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Ambulancia (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Ambulancia (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • <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>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(d): Servicios de emergencia/accidentes

Cosas 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).
- Ofrecemos beneficios en los niveles de los beneficios preferidos para servicios en la sala de emergencias proporcionados por proveedores que sean o 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. 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 sección 4, *NSA*.
- Los beneficios de la PPO solo se aplican cuando acude a un proveedor PPO (excepto según se describe anteriormente). Cuando no haya disponible ningún proveedor de una PPO, se aplicarán los beneficios para proveedores no PPO.
- **Con la opción estándar:**
 - El deducible por año calendario es de \$350 por persona (\$700 por inscripción en Individual + 1 o en Individual y familia)
- **Con la opción básica:**
 - No hay deducible por año calendario.
 - **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.**

¿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] sobre el cuidado 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.

Beneficios de la opción básica para la atención de emergencia

En la **opción básica**, 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 ofrecemos beneficios para el tratamiento **inicial** dado en la sala de emergencias de cualquier hospital, incluso si el hospital no es un centro preferido. También le ofreceremos beneficios si ingresa directamente al hospital desde la sala de emergencias hasta que su estado se haya estabilizado. Además, ofreceremos beneficios para el transporte de emergencia en ambulancia proporcionado por proveedores de servicios de ambulancia preferidos o no preferidos si el transporte se debe a una emergencia médica o una lesión accidental.

Proporcionamos beneficios de emergencia si usted tiene síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso), en esos casos en que una persona prudente y con conocimientos promedio de salud y medicina podría asumir razonablemente que la falta de atención médica inmediata resultaría en un grave peligro para la salud de la persona o si se trata de una afiliada embarazada, la salud de la afiliada y del feto.

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección. Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Lesión accidental	Opción estándar	Opción básica
<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 	<p>Preferido: Nada (sin deducible) Participante: No corresponde (sin deducible) No participante: Nada (sin deducible)</p>	<p>Preferido: Nada Participante: Nada No participante: Nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores profesionales en el consultorio del proveedor, incluidos estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura un proveedor profesional. 	<p>Preferido: Nada (sin deducible) Participante: No corresponde (sin deducible) No participante: Cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (sin deducible)</p>	<p>Los niveles de beneficios regulares se aplican a los servicios cubiertos ofrecidos en este entorno. Consulte las Secciones 5(a) y 5(b).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Preferido: Nada (sin deducible) Afiliado: Nada (sin deducible) No miembro: No corresponde (sin deducible)</p>	<p>Sala de emergencias preferida: \$350 de copago por día por centro Sala de emergencias afiliada: \$350 de copago por día por centro Sala de emergencias no afiliada: \$350 de copago por día por centro Nota: Si usted es ingresado directamente al hospital desde la sala de emergencias, no tiene que pagar los \$350 de copago de la sala de emergencias. Sin embargo, los \$350 de copago por día por atención preferida para pacientes hospitalizados aún se aplica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Centros de atención de urgencia, con autorización y permiso para ofrecer servicios y suministros de emergencia, incluidos los servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el proveedor. <p>Nota: El centro de atención de urgencia debe tener autorización y permiso para ofrecer servicios de emergencia y así poder recibir protecciones bajo la NSA. Consulte la sección 4 para obtener más información.</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: Nada (sin deducible) Centro de atención de urgencias participante: Nada (sin deducible) Centro de atención de urgencias no participante: No corresponde (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencias preferido: \$50 de copago por visita Centro de atención de urgencias participante/no participante: \$50 de copago por visita</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>Centro de atención de urgencia preferido: Nada (sin deducible) Centro de atención de urgencias participante: Nada (sin deducible) Centro de atención de urgencias no participante: cualquier diferencia entre nuestra prestación y la cantidad facturada (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencias preferido: \$50 de copago por visita Centro de atención de urgencias participante/no participante: usted paga todos los cargos</p>

Lesión accidental (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Lesión accidental (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Nota: Si lo trata un proveedor profesional que no pertenece a una PPO en un centro de PPO, usted solo será responsable por sus costos compartidos y no deberá pagar ninguna diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. (Consulte la sección 4).</p> <p>Nota: Pagamos beneficios para pacientes hospitalizados si usted es ingresado. Consulte las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer esos beneficios.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(g) para conocer los beneficios dentales por lesiones accidentales.</p>	<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. Corresponden beneficios regulares para servicios recibidos después de las 72 horas. Consulte las Secciones 5(a), 5(b) y 5(c) para conocer los beneficios que ofrecemos.</p> <p>Nota: Para los medicamentos, servicios, suministros o equipos médicos duraderos facturados por un proveedor que no sea un hospital, un centro de atención de urgencias o un médico, consulte las Secciones 5(a) y 5(f) para conocer los niveles de beneficios que se aplican.</p>	<p>Nota: Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para los beneficios.</p>
<p><i>Sin cobertura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía bucal con excepción de lo que se muestra en la sección 5(b)</i> • <i>Lesiones en los dientes al comer</i> • <i>Cargos profesionales de la sala de emergencias por diferencias de turno</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Emergencia médica	Opción estándar	Opción básica
<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. 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Participante: Nada</p> <p>No participante: Nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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>Nota: Pagamos beneficios para pacientes hospitalizados si usted es ingresado como resultado de una emergencia médica. Consulte la sección 5(c).</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Afiliado: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No afiliado: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p>	<p>Sala de emergencias preferida: \$350 de copago por día por centro</p> <p>Sala de emergencias afiliada: \$350 de copago por día por centro</p> <p>Sala de emergencias no afiliada: \$350 de copago por día por centro</p> <p>Nota: Si usted es ingresado directamente al hospital desde la sala de emergencias, no tiene que pagar los \$350 de copago de la sala de emergencias. Sin embargo, los \$350 de copago por día por atención preferida para pacientes hospitalizados aún se aplica.</p> <p>Nota: Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para los beneficios.</p>

Emergencia médica (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Emergencia médica (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Centros de atención de urgencia, con autorización y permiso para ofrecer servicios y suministros de emergencia, incluidos los servicios de proveedores profesionales, estudios de diagnóstico, servicios de radiología, pruebas de laboratorio y servicios de patología, cuando los factura el proveedor. <p>Nota: El centro de atención de urgencia debe tener autorización y permiso para ofrecer servicios de emergencia y así poder recibir protecciones bajo la NSA. Consulte la sección 4 para obtener más información.</p> <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 la sección 5(a), DME.</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: \$30 de copago por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencias participante: \$30 de copago por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencias no participante: \$30 de copago por visita (sin deducible)</p>	<p>Centro de atención de urgencias preferido: \$50 de copago por visita</p> <p>Centro de atención de urgencias participante/no participante: \$50 de copago por visita</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 la sección 5(a), DME.</p>	<p>Centro de atención de urgencia preferido: \$30 de copago por visita (sin deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencias participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centro de atención de urgencias no participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Centro de atención de urgencias preferido: \$50 de copago por visita</p> <p>Centro de atención de urgencias participante/no participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto: Cargos profesionales de la sala de emergencias por diferencias de turno</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Ambulancia</p> <p>Consulte la sección 5(c) para obtener información completa sobre la cobertura y los beneficios de ambulancia.</p>	<p>Consulte la sección 5(c).</p>	<p>Consulte la sección 5(c).</p>

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

Cosas 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 al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de la tarjeta de identificación de su Plan de Beneficios de Servicio 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. Encontrará más información sobre la ley en los siguientes sitios web del Gobierno federal:
https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet.html
<https://www.dol.gov/ebsa/www.samhsa.gov/health-financing/implementation-mental-health-parity-addiction-equity-act>
- **DEBE OBTENER 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.
- Los beneficios de PPO corresponden únicamente cuando usa un proveedor PPO. Cuando no haya disponible ningún proveedor de una PPO, se aplicarán los beneficios para proveedores no PPO.
- **Con la opción estándar:**
 - El deducible por año calendario es de \$350 por persona (\$700 por inscripción en Individual + 1 o en Individual y familia)
 - Usted puede optar por recibir atención de proveedores dentro de la red (preferidos) o fuera de la red (no preferidos). Los costos compartidos y las limitaciones de los beneficios para la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos) no son mayores que los de beneficios similares para otras enfermedades y afecciones.
- **Con la opción básica:**
 - **Debe utilizar proveedores preferidos para recibir** Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.
 - No hay deducible por año calendario.
- Debe tener en cuenta que algunos proveedores profesionales no preferidos (no PPO) pueden brindar servicios en centros preferidos (PPO).

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección.</p> <p>Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Servicios profesionales	Opción estándar	Opción básica
<p>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.</p>	<p>Sus responsabilidades de costos compartidos no son mayores que las de otras enfermedades o afecciones.</p>	<p>Su responsabilidad frente a costos compartidos no es mayor que frente a otras enfermedades o afecciones.</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"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia de grupo • Administración farmacológica (medicación) • Pruebas psicológicas • Visitas en el consultorio • Visitas a la clínica • Visitas a domicilio • Consultas telefónicas y servicios de evaluación y gestión médica en línea (telemedicina) <p>Nota: Para localizar un proveedor preferido, visite www.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 la parte de atrás de su tarjeta de identificación.</p> <p>Nota: Consulte las Secciones 5(a) y 5(f) para conocer nuestra cobertura de tratamiento para dejar de fumar y consumir tabaco.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de visitas de salud mental para tratar la depresión posparto y la depresión durante el embarazo.</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.</p>	<p>Preferido: copago de \$30 por visita (sin deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: copago de \$35 por visita</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios profesionales de telesalud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería sobre salud conductual • Consejería sobre trastornos por consumo de sustancias <p>Nota: Consulte la sección 5(h), <i>Bienestar y otras características especiales</i>, para obtener información sobre los servicios de telesalud y cómo acceder a nuestra red de proveedores de telesalud.</p> <p>Nota: Los copagos no se aplican a los miembros con Medicare Parte B como cobertura principal.</p>	<p>Proveedor de telemedicina preferido: no corresponde (sin deducible)</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>	<p>Proveedor de telemedicina preferido: Nada</p> <p>Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>

Servicios profesionales (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Servicios profesionales (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de profesionales para pacientes hospitalizados 	<p>Preferido: Nada (sin deducible) Participante: 35 % de la asignación del plan (sin deducible) No participante: 35 % de la asignación del plan (sin deducible), más la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: Nada Participante/No participante: usted paga todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cargos profesionales de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en un centro Cargos profesionales por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible) Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible) No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: Nada Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Hospital u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados</p>	<p>Opción estándar</p>	<p>Opción básica</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados proporcionados y facturados por un hospital u otro centro cubierto</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>Nota: La atención a pacientes hospitalizados para tratar trastornos de abuso de sustancias incluye alojamiento y comida y cargos accesorios por estancia en un hospital/centro de tratamiento para rehabilitación por alcoholismo o trastorno de abuso de sustancias.</p> <p>Nota: Debe obtener una certificación previa para estancias en el hospital como paciente hospitalizado, de lo contrario, se le cobrará una multa de \$500.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible) Centros afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan por días ilimitados (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Centro de tratamiento residencial</p> <p>Se requiere una certificación previa antes del ingreso.</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>Nota: Los beneficios de RTC no están disponibles en los centros registrados como centro de enfermería especializada, hogar comunitario, hogar de transición o centros similares.</p>	<p>Opción estándar</p> <p>Centros preferidos: \$350 de copago por admisión por días ilimitados (sin deducible) Centros afiliados: \$450 de copago por admisión por días ilimitados, más 35 % de la asignación del plan (sin deducible) Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (sin deducible) y cualquier saldo restante después de nuestro pago</p>	<p>Opción básica</p> <p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados Centros afiliados/no afiliados: usted paga todos los cargos</p>

Centro de tratamiento residencial (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Centro de tratamiento residencial (cont.)</p>	<p>Opción estándar</p>	<p>Opción básica</p>
<p>Nota: 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 a largo plazo o de cuidados básicos; y atención domiciliaria proporcionada debido a que la atención en el hogar no está disponible o es inadecuada.</p> <p>Nota: Para ver los servicios en un centro de tratamiento residencial, consulte la siguiente sección.</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nota: Antes de la admisión, los centros no afiliados deben acordar respetar los términos establecidos en el plan local para la atención del miembro en particular y para la presentación y el procesamiento de los reclamos relacionados.</p>	<p>Centros preferidos: \$350 de copago por día de hasta \$1,750 por admisión por días ilimitados</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios</p>	<p>Opción estándar</p>	<p>Opción básica</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro cubierto</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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia de grupo • Administración farmacológica (medicación) • Hospitalización parcial • Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios 	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Afiliado: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No afiliado: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: \$35 de copago por día por centro</p> <p>Afiliado/No afiliado: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un centro cubierto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas • Pruebas psicológicas <p>Nota: Un centro de tratamiento residencial es un centro cubierto para la atención a pacientes ambulatorios (consulte la sección 10, <i>Definiciones</i>, para obtener más información). Cubrimos los servicios o suministros para trastornos de salud mental o abuso de sustancias para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por centros de tratamiento residencial, que no sean habitación y comida ni atención ofrecida por un médico para pacientes hospitalizados, en los niveles mostrados aquí.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Afiliado: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No afiliado: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible). Es posible que usted deba hacerse cargo de las diferencias entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: Nada</p> <p>Afiliado/No afiliado: Nada</p>
<p>Sin cobertura (hospitalización o ambulatorio)</p>	<p>Opción estándar</p>	<p>Opción básica</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 según se describe en las secciones 5(a) y 5(e)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sin cobertura (hospitalización o ambulatorio): continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Sin cobertura (hospitalización o ambulatorio) (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios prestados o facturados por escuelas, hogares de transición, hogares comunitarios o miembros de su personal</i> • <i>Nota: Cubrimos los servicios profesionales como según se detalla en esta sección cuando los presta y factura un profesional cubierto que actúa dentro del alcance de su licencia.</i> • <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>Hipoterapia/equinoterapia (ejercicio a caballo)</i> • <i>Cajas de luces</i> • <i>Atención de cuidados básicos o a largo plazo (ver Definiciones)</i> • <i>Gastos asociados con la habilitación o el mantenimiento de las tecnologías de telesalud (telemedicina) de los proveedores, las telecomunicaciones no interactivas (como el correo electrónico) o los servicios de telesalud asincrónicos de almacenamiento y transmisión.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(f): Beneficios de medicamentos recetados

Aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre estos beneficios para los miembros inscritos en nuestro programa 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 la cantidad 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 se hará cargo del nivel del costo compartido correspondiente más la diferencia en los costos del medicamento de marca y genérico. Si la receta del proveedor es para el medicamento de marca e indica “no sustituir por genérico”, usted se hará cargo solo del nivel del costo compartido correspondiente.
- Si el costo de su medicamento recetado es menor que la cantidad del costo compartido, usted solo pagará el costo de 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 (administrados por el paciente) solo se otorgan cuando los suministra una farmacia según el beneficio de farmacia. Consulte las siguientes páginas sobre el surtido de medicamentos especializados de Nivel 4 y 5 en una farmacia preferida.
- 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. Consulte también la sección 9 para informarse sobre cómo pagamos si tiene otra cobertura o si tiene 65 años o más.
- Los precios de los medicamentos varían entre las diferentes farmacias, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo y el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados. **Revise las opciones de compra de sus medicamentos con receta para obtener el mejor precio.** Existe una herramienta para calcular el costo de medicamentos disponible en www.fepblue.org o llamando a:
 - Programa de Farmacias Minoristas: 800-624-5060, TTY: 711
 - Programa de Medicamentos Recetados por Correo: 800-262-7890, 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 Calidad y Seguridad del Paciente (PSQM). Continúe leyendo esta sección para obtener más información sobre el programa 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 del Nivel 2 (marca preferida) al Nivel 3 (marca no preferida) si hay un equivalente genérico disponible o si surgen nuevas inquietudes de seguridad. También podemos pasar un medicamento especializado del Nivel 4 (preferido) al Nivel 5 (no preferido) si hay disponible un equivalente genérico o biosimilar o si surgen nuevas preocupaciones de seguridad. Si su medicamento pasa a un nivel superior, su costo compartido aumentará. Si su medicamento pasa a no tener cobertura, usted pagará el costo total del medicamento. Las reasignaciones de niveles durante el año no se consideran cambios de beneficios.
- Puede aplicarse una restricción de farmacia al uso clínicamente inadecuado de suministros y medicamentos con receta.
- Los formularios de la opción estándar y la opción básica contienen una lista completa de medicamentos en todas las categorías terapéuticas con dos excepciones: algunos medicamentos, suplementos y suministros nutricionales no están cubiertos. También podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando haya varios equivalentes genéricos/medicamentos alternativos disponibles.

	<ul style="list-style-type: none"> • Con la opción estándar: <ul style="list-style-type: none"> - Para el surtido de recetas, puede utilizar el Programa de Farmacias, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo o el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados. - No hay deducible por año calendario para el Programa de Farmacias, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo ni para el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados. • Con la opción básica: <ul style="list-style-type: none"> - Debe utilizar las farmacias preferidas o el Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados para recibir los beneficios. Nuestra farmacia de medicamentos especializados es una farmacia preferida. - El Programa de Medicamentos Recetados por Correo está disponible solo para miembros con Medicare Parte B como cobertura principal. - No hay deducible por año calendario. - Usamos un formulario controlado para ciertas clases de medicamentos. 	
--	--	--

Enviaremos a cada nuevo miembro una tarjeta de identificación del plan que cubre los beneficios médicos y de farmacia. Los miembros con la opción estándar y los miembros con la opción básica y con Medicare Parte B como cobertura principal son elegibles para utilizar el Programa de Medicamentos Recetados por Correo y también recibirán un formulario de pedido por correo y un sobre predirigido para enviar la respuesta.

Hay características importantes que debe conocer. Entre ellos, se incluyen:

- **Quién puede hacer sus recetas.** Sus recetas pueden ser hechas por 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, por un proveedor matriculado/certificado con autoridad para recetar dentro del alcance de su práctica. Consulte la sección 5(i) para medicamentos adquiridos en el extranjero.
- **Dónde puede obtenerlas.**

Con la opción estándar, puede surtir sus recetas en una farmacia preferida, en una farmacia no preferida, a través de nuestro Programa de Medicamentos Recetados por Correo o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados. Con la opción estándar, pagamos un nivel más alto de beneficios cuando utiliza una farmacia preferida, nuestro Programa de Medicamentos Recetados por Correo o el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados.

Con la opción básica, debe surtir las recetas únicamente en una farmacia preferida o a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados para recibir los beneficios. Si su cobertura principal es Medicare Parte B, también puede surtir recetas a través de nuestro Programa de Medicamentos Recetados por Correo.

Con la opción estándar y la opción básica

Nota: Tanto el Programa de Medicamentos Recetados por Correo como el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados no pueden surtir la receta de un medicamento que requiera autorización previa hasta que usted no la haya obtenido. CVS Caremark, el administrador del programa, retendrá su receta por hasta 30 días. Si no se obtiene la autorización previa en un plazo de 30 días, no podrá surtir la receta y se le enviará una carta explicándole los procedimientos de autorización previa.

Nota: Las farmacias preferidas y no preferidas pueden ofrecer opciones para pedir medicamentos con receta en línea. Los medicamentos pedidos en línea pueden entregarse en su casa, pero estos pedidos en línea no son parte del Programa de Medicamentos Recetados por Correo.

Nota: Debido a restricciones del fabricante, podría haber disponible una pequeña cantidad de medicamentos especializados usados para tratar afecciones poco frecuentes o poco comunes a través de una farmacia preferida.

- **Qué está cubierto.**

Con la opción básica, usamos un formulario controlado para ciertas clases de medicamentos. Si compra un medicamento de una clase incluida en el formulario administrado que no está en el formulario controlado, pagará el costo total de ese medicamento, ya que su beneficio no cubre ese medicamento.

Con la opción estándar y la opción básica

Nota: Ambos formularios incluyen una lista de medicamentos preferidos que son seguros, eficaces y adecuados para nuestros miembros y están disponibles a costos más bajos que los medicamentos no preferidos. Si su médico le recetó un medicamento no preferido más caro, podemos pedirle que le recete un medicamento preferido como reemplazo. Sugerimos que haga lo mismo. Si compra un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos preferidos, su costo será mayor. Su cooperación con nuestros esfuerzos económicos ayuda a mantener su prima asequible.

Nota: Algunos medicamentos, suplementos nutricionales y suministros no están cubiertos (ver más adelante en esta misma sección). Además, podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. si existen otros 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.

Nota: **Antes de surtir su receta, verifique el estado preferido/no preferido del medicamento.** Aparte de los cambios resultantes de nuevos medicamentos o problemas de seguridad, la lista de medicamentos preferidos se actualiza periódicamente durante el año. Los cambios en la lista de medicamentos preferidos no se consideran cambios en los beneficios.

Nota: El costo compartido del miembro para los medicamentos con receta se determina según 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 ubicación de los medicamentos del formulario en un nivel específico. El uso de medicamentos preferidos de costo más bajo le proporcionará un beneficio de medicamentos con receta rentables y de alta calidad.

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
- Nivel 5: Incluye medicamentos especializados no preferidos

Puede consultar los formularios de la opción estándar y de la opción básica, que incluyen la lista de medicamentos preferidos para cada uno, en nuestro sitio web www.fepblue.org o llamar al 800-624-5060, TTY: 711 para obtener ayuda. Los cambios en el formulario no se consideran cambios en los beneficios. Los ahorros en el costo de los medicamentos adquiridos según este plan que recibamos de los fabricantes de medicamentos se acreditarán a las reservas mantenidas para este plan.

- **Equivalentes genéricos**

Los medicamentos equivalentes genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Con el surtido de sus recetas (o las de sus familiares cubiertos por el plan) en una farmacia, a través del Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados, o, para miembros con la opción estándar y miembros con la opción básica y Medicare Parte B, a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo, usted autoriza al farmacéutico a sustituir el medicamento por cualquier equivalente genérico disponible aprobado por la FDA de los EE. UU., a menos que usted o su médico soliciten específicamente un medicamento de marca e indiquen “no sustituir por genérico”. Tenga en mente que **los miembros con la opción básica deben utilizar proveedores preferidos para poder recibir beneficios.** Consulte la sección 10, *Definiciones*, para más información sobre alternativas y equivalentes genéricos.

- **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.

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

Opción estándar: 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 del Programa de farmacia. Puede comprar un suministro para **más de** 21 días y para **hasta** 90 días a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo con un copago único.

Opción básica: Cuando surte las recetas del Nivel 1 (genérico), del Nivel 2 (de marca preferida) y del Nivel 3 (de marca no preferida) en una farmacia preferida, puede comprar un suministro para **hasta** 30 días de medicamentos con un copago único, o un suministro para **hasta** 90 días con copagos adicionales, a menos que se indique lo contrario. Los miembros con cobertura principal de Medicare Parte B pueden comprar un suministro para **más de** 21 días y para **hasta** 90 días a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo con un copago único.

Con la opción estándar y la opción básica

Los beneficios para los medicamentos especializados de Nivel 4 y 5 comprados en una farmacia 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 Farmacia de Medicamentos Especializados. Los beneficios para los primeros tres surtidos de cada medicamento especializado de Nivel 4 o Nivel 5 se limitan a un suministro para 30 días. Los beneficios están disponibles para un suministro para 90 días después del tercer surtido del medicamento especializado.

Nota: 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 los Centros para el Control y Prevención 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 encuentren y también pueden estar determinadas por las farmacias individuales. Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se dispensan en la manera envasada originalmente por el fabricante y no podemos hacer cambios en la cantidad envasada, ni abrir ni dividir los envases para crear suministros para 22, 30 o 90 días de esos medicamentos. **En la mayoría de los casos, no se pueden obtener resurtidos hasta que se haya utilizado el 75 % del medicamento recetado. 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.

Nota: Los beneficios para ciertos medicamentos autoinyectables (administrados por el paciente) 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. Consulte más adelante en esta sección para obtener información sobre el surtido de medicamentos especializados de Nivel 4 y 5 en una farmacia preferida.

Nota: Los beneficios para ciertos medicamentos de infusión para enfermedades autoinmunes (Remicade, Renflexis y Inflectra) se proporcionan solo si se obtienen de un proveedor distinto a una 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 Calidad y 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 Calidad y 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 los siguientes:

- **Aprobación previa:** este programa requiere que se obtenga la aprobación para determinados medicamentos con receta y suministros antes de que le demos 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 al 800-624-5060, TTY: 711.

Aprobación previa

Como parte de nuestro programa de Monitoreo de Calidad y Seguridad del Paciente (PSQM), **debe asegurarse de que su médico obtenga la aprobación previa de ciertos suministros y medicamentos con receta para poder utilizar 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 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.

La lista de medicamentos y suministros que requieren autorización previa se actualiza periódicamente a lo largo del año. Es posible que se añadan nuevos medicamentos a la lista y que cambien los criterios de autorización previa. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.

Nota: Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, 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.

Nota: 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.

Programa de incentivos genéricos de opción estándar

Se condonará el costo compartido de las primeras 4 recetas de medicamentos genéricos surtidas (o resurtidos solicitados) por medicamento si compra un medicamento de marca incluido en la lista del Programa de Incentivos para el Uso de Medicamentos Genéricos mientras es un afiliado del Plan de Beneficios de Servicios y luego cambia a un reemplazo de medicamento genérico correspondiente mientras aún sea miembro del plan.

- Si cambia de un medicamento genérico a otro, será responsable de su copago.

Nota: La lista de reemplazos de medicamentos genéricos elegibles puede cambiar y no se considera un cambio en los beneficios. Para obtener información más actualizada, visite www.fepblue.org/en/benefit-plans/coverage/pharmacy/generic-incentive-program o llámenos a cualquiera de los números que aparecen al principio de esta sección.

Alimentos médicos

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

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

Los miembros deben recibir supervisión médica activa, regular y continua y deben ser incapaces de controlar la afección solamente con 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

Nota: 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.

Nota: Consulte la sección 5(a), *Suministros médicos*, 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 del plan cuando esté listo para comprar su medicamento recetado;
- vaya a cualquier farmacia preferida; o
- 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;
- para obtener una lista de las farmacias preferidas, llame al Programa de Farmacias al 800-624-5060, TTY: 711, o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org.

Nota: Las farmacias preferidas para medicamentos recetados no necesariamente son las preferidas para los equipos médicos duraderos (DME) y suministros médicos. Para recibir beneficios preferidos para DME y suministros médicos cubiertos, debe utilizar un DME preferido o un proveedor de suministros médicos. Consulte la sección 5(a) para conocer los niveles de beneficios que se aplican a DME y suministros médicos.

Nota: Para los medicamentos recetados facturados por un centro de enfermería especializada, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo, ofrecemos los beneficios que se muestran a continuación para los medicamentos obtenidos en una farmacia preferida, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos recetados al centro sea una farmacia preferida. Consulte más adelante en esta sección los beneficios para los medicamentos recetados suministrados por farmacias no preferidas.

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección. Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Medicamentos y suministros cubiertos	Opción estándar	Opción básica
<p>Farmacias preferidas</p> <p>Medicamentos y suministros cubiertos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, vitaminas y minerales, y suplementos nutricionales que, según la ley federal de Los EE. UU., requieren una receta para su compra. • Medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad • Medicamentos para fertilización in vitro (FIV): limitados a 3 ciclos por año (se requiere aprobación previa) • Nota: Los medicamentos para FIV se deben adquirir a través del programa de medicamentos de farmacia y usted debe cumplir con nuestra definición de esterilidad. • 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) • 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. • 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). 	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$7.50 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$22.50 de copago por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nota: Usted paga un copago de \$5 por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$15 de copago por un suministro para 31 a 90 días) cuando Medicare Parte B es la cobertura principal.</p> <p>Nota: Puede ser elegible para recibir sus primeras 4 recetas genéricas surtidas (o resurtidos solicitados) sin cargo cuando reemplaza ciertos medicamentos de marca a por los medicamentos genéricos correspondientes, como se describió anteriormente.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): el 30 % de la prestación del plan por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos): el 50 % de la prestación del plan por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): 30 % de la asignación del plan (sin deducible), limitado a una compra de un suministro para hasta 30 días</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$15 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$40 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$75 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$200 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): 60 % de la asignación del plan (mínimo de \$90) por cada compra de un suministro para hasta 30 días (mínimo de \$250 para un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): copago de \$120 limitado a una compra de un suministro para hasta 30 días</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): copago de \$200 limitado a una compra de un suministro para hasta 30 días.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • Agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos. • Factores de coagulación y complejos antiinhibidores para el tratamiento de la hemofilia. <p>Nota: Para obtener una lista de las farmacias de atención a largo plazo de la red preferida, llame al 800-624-5060, TTY: 711.</p> <p>Nota: Para fines de coordinación de beneficios, si necesita una declaración de beneficios de farmacias minoristas preferidas para poder presentar reclamos ante su otra cobertura cuando este plan es el pagador principal, llame al Programa de Farmacias Minoristas al 800-624-5060, TTY: 711, o visite nuestra página web en www.fepblue.org.</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 miembro. 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>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado preferido): 30 % de la asignación del plan (sin deducible), limitado a una compra de un suministro para hasta 30 días.</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$10 de copago por cada compra de un suministro de hasta 30 días (\$30 de copago por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$50 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$150 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferida): 50 % de la asignación del Plan (mínimo de \$60) por cada compra de un suministro para hasta 30 días (mínimo de \$175 para un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): copago de \$80 limitado a una compra de un suministro para hasta 30 días.</p> <p>Nivel 5 (medicamento especializado no preferido): copago de \$100 limitado a una compra de un suministro para hasta 30 días.</p>
<p>Farmacias no preferidas</p>	<p>45 % de la asignación del plan (precio mayorista promedio, AWP), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (sin deducible).</p> <p>Nota: Si utiliza una farmacia no preferida, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo ante el Programa de farmacia para recibir un reembolso. Consulte la sección 7 para ver instrucciones sobre cómo presentar reclamos de medicamentos recetados.</p>	<p>Todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo</p> <p>Para los miembros de la opción estándar y la opción básica con Medicare Parte B como cobertura principal, si su médico solicita un suministro de medicamentos o suministros cubiertos para más de 21 días (hasta un suministro para hasta 90 días), usted puede usar este servicio para sus recetas y resurtidos. Consulte la sección 7 para obtener instrucciones sobre cómo utilizar el Programa de Medicamentos Recetados por Correo.</p> <p>Nota: Debe obtener aprobación previa para ciertos medicamentos antes de que el servicio por correo surta su receta. Consulte la sección 3.</p> <p>Nota: No todos los medicamentos están disponibles a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo. No hay medicamentos especializados disponibles a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo.</p> <p>Nota: Continúe leyendo para obtener información sobre el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados.</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 miembro. 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 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>Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre este programa o necesita ayuda con sus pedidos de medicamentos del Servicio por correo, llame al 800-262-7890, TTY: 711.</p> <p>Nota: Si el costo de su medicamento recetado es menor que su copago, usted solo pagará el costo del medicamento recetado. El Programa de Medicamentos Recetados por Correo le cobrará el menor valor entre el costo del medicamento recetado o el copago cuando realice su pedido. Si ya envió su copago, acreditarán en su cuenta cualquier diferencia.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$15 de copago (sin deducible)</p> <p>Nota: Usted paga un copago de \$10 por cada receta genérica surtida (o resurtida solicitada) si Medicare Parte B es su cobertura principal.</p> <p>Nota: Puede ser elegible para recibir sus primeras 4 recetas genéricas surtidas (o resurtidos solicitados) sin cargo cuando reemplaza ciertos medicamentos de marca por los medicamentos genéricos correspondientes, como se indicó anteriormente.</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$90 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): \$125 de copago (sin deducible)</p>	<p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$20</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$100 de copago</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferido): \$125 de copago</p> <p>Si Medicare Parte B no es la cobertura principal: Sin beneficios</p> <p>Nota: Aunque no tenga acceso al Programa de Medicamentos Recetados por Correo, puede solicitar la entrega a domicilio de los medicamentos recetados que compre en farmacias preferidas que ofrecen opciones para realizar pedidos en línea.</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados</p> <p>Cubrimos medicamentos especializados que figuran en la Lista de medicamentos especializados del Plan de beneficios de servicio. Esta lista está sujeta a cambios. Para obtener la lista más actualizada, llame al número de teléfono que aparece a continuación o visite nuestro sitio web, www.fepblue.org. Consulte la sección 10 para ver la definición de “medicamentos especializados”.</p> <p>Cuando solicite un nuevo medicamento especializado o un resurtido, recibirá ayuda de un representante de la farmacia de medicamentos especializado. Consulte la sección 7 para obtener más detalles sobre el programa.</p> <p>Nota: Los beneficios para los primeros tres surtidos de cada medicamento especializado de Nivel 4 o Nivel 5 se limitan a un suministro para 30 días. Los beneficios están disponibles para suministros de 31 a 90 días después del tercer surtido.</p> <p>Nota: Debido a restricciones del fabricante, es posible que una pequeña cantidad de medicamentos especializados solo estén disponibles a través de una farmacia preferida. Usted deberá pagar únicamente los copagos que se indican aquí para los medicamentos especializados con estas restricciones.</p> <p>Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre este programa o necesita ayuda con sus pedidos de medicamentos especializados, llame al 888-346-3731, TTY: 711.</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos especializados preferidos): copago de \$65 por cada compra de un suministro para hasta 30 días (copago de \$185 por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados no preferidos): \$85 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$240 de copago por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible)</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos especializados no preferidos): \$120 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$350 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados no preferidos): \$200 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$500 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 4 (medicamentos especializados preferidos): copago de \$80 por cada compra de un suministro para hasta 30 días (copago de \$210 por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados no preferidos): \$100 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$255 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p>
<p>Medicamentos para el asma</p> <p>Farmacias minoristas preferidas:</p> <p>Nota: Consulte la sección 3 para obtener información sobre medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$5 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): 20 % de la asignación del plan (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 por cada compra de un suministro para hasta 90 días</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$35 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$105 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$30 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$90 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p>
<p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo:</p> <p>Nota: Debe obtener aprobación previa para ciertos medicamentos antes de que el servicio por correo surta su receta. Consulte la sección 3.</p> <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección los beneficios de medicamentos recetados de Nivel 3, 4 y 5.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$5 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$65 de copago (sin deducible)</p>	<p>Al tener Medicare Parte B como cobertura principal, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$75 de copago</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Otros medicamentos, tiras reactivas y suministros para diabéticos preferidos Farmacias preferidas:</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo: Nota: Consulte anteriormente en esta sección los beneficios de medicamentos recetados de Nivel 2, 3, 4 y 5. Se proporcionarán beneficios para jeringas, lapiceras, agujas para lapiceras y tiras reactivas en el Nivel 2 (medicamentos y suministros para diabéticos) para los miembros de la opción estándar y los miembros de la opción básica con Medicare Parte B como cobertura principal, a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo.</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros preferidos para la diabetes): 20 % de la asignación del plan por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible) Nivel 2 (insulinas preferidas): \$35 de copago por cada compra de un suministro para 30 días (\$65 de copago por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible) Farmacias no preferidas: Usted paga todos los cargos</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$40 por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos y suministros preferidos para la diabetes): copago de \$35 por cada compra de un suministro para hasta 30 días (copago de \$65 por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente: Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$30 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$60 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente: Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$50 de copago por cada compra de un suministro para hasta 90 días</p>
<p>Programa de medidor para diabéticos Los miembros con diabetes pueden obtener un kit de un medidor de glucosa cada 365 días sin costo a través de nuestro Programa de medidor para diabéticos. Para utilizar 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 medidores de glucosa disponibles a través del programa están sujetos a cambios. 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. Nota: Comuníquese con su médico para obtener una nueva receta para las tiras reactivas y lancetas que usará con el nuevo medidor.</p>	<p>No debe solicitar nada para un kit de medidor de glucosa a través del Programa de Medidor de Diabetes</p>	<p>No debe solicitar nada para un kit de medidor de glucosa a través del Programa de Medidor de Diabetes</p>

Consulte la página 116 y siguientes para conocer los beneficios de farmacia adicionales para todos los afiliados elegibles.

Sección 5(f)(a): Plan 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 con Medicare Parte A o Parte B como pagador primario 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 un 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.
- Proporcionamos 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.
- 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 fármacos, los medicamentos y los suministros 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.
- Los formularios de la opción estándar y la opción básica contienen una lista completa de medicamentos en todas las categorías terapéuticas con dos excepciones: algunos medicamentos, suplementos y suministros nutricionales no están cubiertos. También podemos excluir ciertos medicamentos aprobados por la FDA de los EE. UU. cuando haya varios equivalentes genéricos/medicamentos alternativos disponibles. Vea *No está cubierto* más adelante en esta sección para más detalles.
- Durante el transcurso del año, podemos reasignar un medicamento de marca del nivel 2 (marca preferida) al nivel 3 (marca no preferida) si hay un equivalente genérico disponible o si surgen nuevas inquietudes de seguridad. Si su medicamento se reasigna a un nivel superior, su costo compartido aumentará. Si su medicamento pasa a no tener cobertura, 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 EGWP del PDP, consulte la sección 9 para obtener información adicional sobre el EGWP del PDP 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 del EGWP del PDP 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, el formulario de pedido por correo 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.**

En la opción estándar y la opción básica, puede surtir recetas en una farmacia que participe en nuestra red nacional. La red incluye farmacias minoristas, farmacias de servicio por correo y farmacias especializadas. También puede recibir 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. Recibirá una copia del directorio de farmacias, que enumera todas las farmacias que participan en nuestra red, en su paquete de inscripción. También puede visitar nuestra página www.fepblue.org/medicarerx/resources para obtener la lista completa.

Nota: Debido a restricciones del fabricante, es posible que una pequeña cantidad de medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones raras o poco comunes estén disponibles solo a través de farmacias seleccionadas de nuestra red.

- **Tenemos un formulario controlado.** Su proveedor puede recetar medicamentos que están sujetos a una revisión adicional para determinar que son médicamente necesarios. Puede consultar los formularios de las opciones estándar y básica, que incluyen la lista de medicamentos preferidos para cada una, en nuestro sitio web www.fepblue.org o por teléfono al 888-338-7737, TTY: 711 para obtener ayuda.

Con la opción estándar y opción básica

Ambos formularios incluyen una lista de medicamentos preferidos que son seguros, eficaces y adecuados para nuestros miembros y están disponibles a costos más bajos que los medicamentos no preferidos. Si compra un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos preferidos, su costo será mayor. Su cooperación con nuestros esfuerzos económicos ayuda a mantener su prima asequible.

Nota: El costo compartido del miembro para los medicamentos con receta se determina según el nivel que se le asignó a un medicamento. Para determinar las asignaciones de niveles para los medicamentos del formulario, trabajamos con el Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica de CVS Caremark, un grupo de médicos y farmacéuticos que no son empleados ni agentes ni tienen ningún interés financiero en el Plan de beneficios de servicio de Blue Cross and Blue Shield. El Comité se reúne cada tres meses para revisar los medicamentos nuevos y existentes a fin de ayudarnos en nuestra evaluación.

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.

• Estas son las limitaciones de dispensación.

Opción estándar y opción básica. 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.

Nota: 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 los Centros para el Control y Prevención 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 encuentren y también pueden estar determinadas por las farmacias individuales. Debido a requisitos de seguridad, algunos medicamentos se dispensan en la manera envasada originalmente por el fabricante y no podemos hacer cambios en la cantidad envasada, ni abrir ni dividir los envases para crear suministros para 22, 30 o 90 días de esos medicamentos. En la mayoría de los casos, no se pueden obtener resurtidos hasta que se haya utilizado el 75 % del medicamento recetado. 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 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 recetados. Consulte la información de contacto a continuación.

• 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 de FEP al 888-338-7737, TTY: 711. También puede obtener la lista y los formularios a través de nuestro sitio web en www.fepblue.org. Lea la sección 3 para obtener más información sobre la aprobación previa.

La lista de medicamentos y suministros que requieren autorización previa se actualiza periódicamente a lo largo del año. Es posible que se añadan nuevos medicamentos a la lista y que cambien los criterios de autorización previa. Los cambios a la lista de aprobación previa o a los criterios de aprobación previa no se consideran cambios de beneficios.

Nota: Si su receta requiere aprobación previa y aún no la ha obtenido, debe pagar el costo total del medicamento o suministro al momento de la compra y presentar un reclamo ante el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare de FEP para recibir el reembolso. Consulte la sección 7 para ver instrucciones sobre cómo presentar reclamos de medicamentos recetados.

Nota: 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 los miembros de su familia cubiertos por el Plan) en una farmacia que participa en nuestra red, 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 e indiquen “dispensar como está escrito”. Consulte la sección 10, *Definiciones*, para más información sobre alternativas y equivalentes genéricos.

- **Cómo obtener sus medicamentos y suministros recetados.**

- Asegúrese de tener su tarjeta de identificación del plan cuando esté listo para comprar su medicamento recetado.
- Vaya a una farmacia de la red.
- Visite el sitio web de su farmacia para solicitar sus medicamentos recetados en línea y la entrega, si está disponible.

Nota: Las farmacias dentro de nuestra red para medicamentos recetados no son necesariamente preferidas para equipos médicos duraderos (DME) y suministros médicos. Para recibir beneficios preferidos para DME y suministros médicos cubiertos, debe utilizar un DME preferido o un proveedor de suministros médicos. Consulte la sección 5(a) para conocer los niveles de beneficios que se aplican a DME y suministros médicos.

Nota: Para los medicamentos recetados facturados por un centro de enfermería especializada, un hogar de ancianos o un centro de atención extendida, brindamos beneficios como se muestra en las siguientes páginas para medicamentos obtenidos en una farmacia de nuestra red, siempre que la farmacia que suministra los medicamentos recetados al centro sea una farmacia de la red.

- **Alimentos médicos**

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.

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

Los miembros deben recibir supervisión médica activa, regular y continua y deben ser incapaces de controlar la afección solamente con 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

Nota: Se requiere una receta médica para los alimentos médicos proporcionados según el beneficio de farmacia.

Nota: Consulte la sección 5(a), *Suministros Médicos*, para conocer nuestra cobertura de alimentos médicos y suplementos nutricionales cuando se administran por catéter o sonda nasogástrica de acuerdo con el beneficio médico.

- **Cuando es necesario presentar un reclamo.** Vaya a la sección 7, *Cómo presentar un reclamo por medicamentos recetados*.
- **Si negamos su reclamo y usted desea apelar**, usted, su representante o su médico deben solicitar una apelación siguiendo el proceso descrito en la sección 8(a), *Proceso de reclamos en disputa del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP*. El proceso de apelaciones del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP tiene 5 niveles. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, generalmente puede pasar al siguiente nivel. En cada nivel, recibirá instrucciones en la carta de decisión sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación.

- **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; o www.fepblue.org/medicarerx

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.

En la opción estándar, este máximo catastrófico separado es de \$2,000

En la opción básica, este máximo catastrófico separado es de \$2,000.

Este importe se acumula para los máximos de gastos de bolsillo de protección ante catástrofes descritos en la sección 4.

Descripción de beneficios	Usted paga	
<p>Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección. Para la opción básica no hay deducible por año calendario.</p>		
Medicamentos y suministros cubiertos	Opción estándar	Opción básica
<p>Farmacias minoristas Medicamentos y suministros cubiertos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, vitaminas y minerales, y suplementos nutricionales que, según 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 • Nota: Los medicamentos para FIV se deben adquirir a través del programa de medicamentos de farmacia y usted debe cumplir con nuestra definición de esterilidad. • 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) 	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$5 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$15 de copago por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$35 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$105 de copago por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos): el 50 % de la prestación del plan por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 4 (medicamentos especializados preferidos): copago de \$60 por cada compra de un suministro para hasta 30 días (copago de \$170 por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$10 de copago por cada compra de un suministro de hasta 30 días (\$30 de copago por un suministro de 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$45 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$135 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 3 (medicamento de marca no preferida): 50 % de la asignación del Plan (mínimo de \$60) por cada compra de un suministro para hasta 30 días (mínimo de \$175 para un suministro de 31 a 90 días)</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos recetados para tratar la obesidad (se requiere aprobación previa) • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Diafragmas y anillos anticonceptivos - Anticonceptivos inyectables - Dispositivos intrauterinos (DIU) - Anticonceptivos implantables - Anticonceptivos orales y transdérmicos <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 miembro. 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> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Nota: Para obtener una lista de las farmacias de atención a largo plazo de la red, llame al 888-338-7737, TTY: 711.</p>	<p>Ver página anterior</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nivel 4 (medicamento especializado preferido): \$75 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días; (\$195 por suministro de 31 a 90 días)</p>
<p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo</p> <p>Para los miembros inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare de FEP, si su médico solicita un suministro de medicamentos o suministros cubiertos para más de 21 días, hasta un suministro de 90 días, puede utilizar este servicio para sus recetas y resurtidos.</p> <p>Consulte la sección 7 para obtener instrucciones sobre cómo utilizar el Programa de Medicamentos Recetados por Correo.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$5 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$85 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 3 (marcas no preferidas): \$125 de copago (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$15</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$95 de copago</p> <p>Nivel 3 (marcas no preferidas): \$125 de copago</p> <p>Nivel 4 (medicamentos especializados): \$150 de copago</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Nota: Debe obtener aprobación previa para ciertos medicamentos antes de que el servicio por correo surta su receta. Consulte la sección 3.</p> <p>Nota: No todos los medicamentos están disponibles a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo.</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>Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre este programa o necesita ayuda con sus pedidos de medicamentos del Servicio por correo, llame al 800-262-7890, TTY: 711.</p> <p>Nota: Si el costo de su medicamento recetado es menor que su copago, usted solo pagará el costo de medicamento recetado. El Programa de Medicamentos Recetados por Correo le cobrará el menor valor entre el costo del medicamento recetado o el copago cuando realice su pedido. Si ya envió su copago, acreditarán en su cuenta cualquier diferencia.</p>	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nivel 4 (medicamentos especializados): \$150 de copago (sin deducible)</p>	<p>Ver página anterior</p>
<p>Medicamentos para el asma Farmacias minoristas de la red:</p> <p>Nota: Consulte la sección 3 para obtener información sobre medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo</p> <p>Nota: Debe obtener aprobación previa para ciertos medicamentos antes de que el servicio por correo surta su receta. Consulte la sección 3.</p> <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección los beneficios de medicamentos recetados de Nivel 3 y 4.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$5 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$20 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$60 de copago por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$5 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$65 de copago (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 por cada compra de un suministro para hasta 90 días</p> <p>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$30 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$90 de copago por un suministro para 31 a 90 días)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca preferido): \$75 de copago</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.) Otros medicamentos, tiras reactivas y suministros para diabéticos preferidos Farmacias de la red minorista Programa de Medicamentos Recetados por Correo Nota: Consulte anteriormente en esta sección los beneficios de medicamentos recetados de Nivel 2, 3 y 4. Se proporcionarán beneficios para jeringas, lapiceras, agujas para lapiceras y tiras reactivas en el Nivel 2 (medicamentos y suministros para diabéticos) para aquellos inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare de FEP cuando se obtienen a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo	Nivel 2 (medicamentos y suministros preferidos para la diabetes): \$20 de copago por cada compra de un suministro para hasta 30 días (\$50 de copago por un suministro para 31 a 90 días) (sin deducible) Nivel 2 (insulinas preferidas): \$35 de copago por cada compra de un suministro para 30 días (\$65 de copago por un suministro de 31 a 90 días) (sin deducible) Nivel 2 (medicamento de marca preferido): copago de \$40 por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)	Nivel 2 (medicamentos y suministros preferidos para la diabetes): copago de \$30 por cada compra de un suministro para hasta 30 días (copago de \$60 por un suministro de 31 a 90 días) Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos): \$50 de copago por cada compra de un suministro para hasta 90 días

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	
	Opción estándar	Opción básica
Nota: Para la opción estándar, indicamos si se aplica o no el deducible por año calendario para cada beneficio enumerado en esta sección. Para la opción básica no hay deducible por año calendario.		
Medicamentos y suministros cubiertos Medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco 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. Para calificar, cree un plan para dejar de fumar utilizando hábitos cotidianos. Para obtener más información, consulte la sección 5(h). El Plan para Dejar de Fumar no es obligatorio para las personas con cobertura del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP. Nota: Puede haber restricciones de edad según las directrices de la FDA de los EE. UU. para estos medicamentos. Los siguientes medicamentos están cubiertos a través de este programa: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos disponibles con receta: <ul style="list-style-type: none"> - Bupropión ER, tableta de 150 mg - Bupropión SR, comprimido de 150 mg - Vareniclina, tabletas de 5 mg - Vareniclina, tabletas de 1 mg 	Farmacia minorista preferida: Nada (sin deducible) Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos	Farmacia preferida: Nada Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Nota: Para recibir beneficios de medicamentos OTC para dejar de fumar y de consumir tabaco, debe tener una receta médica por cada medicamento de venta libre que debe ser surtido por un farmacéutico en una farmacia preferida.</p> <p>Nota: Estos beneficios se aplican solo cuando se cumplen todos los criterios enumerados anteriormente. Se aplicarán beneficios de medicamentos con receta regulares a las compras de medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco que no cumplan con estos criterios. No hay beneficios disponibles para los medicamentos de venta libre para dejar de fumar y de consumir tabaco, excepto según lo descrito anteriormente.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(a) para conocer nuestra cobertura de tratamiento, asesoría y clases para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: Nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Medicamentos antihipertensivos</p> <p>Farmacias preferidas</p> <p>Nota: Consulte la sección 3 para obtener información sobre medicamentos y suministros que requieren aprobación previa.</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo</p> <p>Nota: Debe obtener aprobación previa para ciertos medicamentos antes de que el servicio por correo surta su receta.</p> <p>Nota: Consulte anteriormente en esta sección los beneficios de medicamentos recetados de Nivel 2, 3, 4 y 5.</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$3 de copago (sin deducible)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): \$3 de copago (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5 por cada compra de un suministro para hasta 90 días</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$5</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC), limitados a: <ul style="list-style-type: none"> - Píldoras anticonceptivas de emergencia - Preservativos - Espermicidas - Esponjas <p>Nota: Proporcionamos beneficios completos para medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre cuando los anticonceptivos cumplen con los estándares de la FDA de los EE. UU. para productos de venta libre. Para recibir beneficios, debe utilizar una farmacia minorista y presentarle al farmacéutico una receta escrita de su médico.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: Nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia 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>Farmacia minorista preferida: no corresponde (sin deducible)</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</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 no preferida: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: No paga nada por las vacunas contra la influenza obtenidas en farmacias minoristas no preferidas.</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos (excepto los indicados más abajo)</p> <p>Nota: No paga nada por las vacunas contra la influenza obtenidas en farmacias minoristas no preferidas.</p>
<p>Metformina y metformina de liberación prolongada (excluidos los medicamentos genéricos osmóticos y de liberación modificada)</p> <p>Farmacias preferidas</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro para hasta 90 días (sin deducible)</p>	<p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro para hasta 90 días</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamento genérico): copago de \$1 por cada compra de un suministro para hasta 90 días</p>
<p>Medicamentos para promover una mejor salud según lo recomendado en la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (la “Ley de Atención Médica Asequible”), 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>Nota: Los beneficios no están disponibles para paracetamol, ibuprofeno, naproxeno, etc.</p> <p>Nota: Los beneficios de estos medicamentos están sujetos a las limitaciones de dispensación descritas anteriormente y se limitan a los límites prescritos recomendados.</p> <p>Nota: Para recibir beneficios, debe usar una farmacia minorista preferida y presentar una receta hecha por su médico al farmacéutico.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: Nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)</p> <p>Nota: Puede encontrar una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendados por el USPSTF en línea en www.healthcare.gov/preventive-care-benefits. Consulte la sección 5(a) para obtener información sobre otros servicios de atención preventiva cubiertos.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: Nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia 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 está cubierto por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare FEP.</p>	<p>Farmacia minorista preferida: Nada (sin deducible)</p> <p>Farmacia minorista no preferida: Usted paga todos los cargos</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo: Nada (sin deducible)</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo: Nada</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>Programa de Medicamentos Recetados por Correo: Nada (sin deducible)</p>	<p>Farmacia preferida: Nada</p> <p>Farmacia no preferida: Usted paga todos los cargos</p> <p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo: Nada</p>
<p>Agentes que revierten sobredosis de opioides: Medicamentos del nivel 1, incluyendo la naloxona genérica en aerosol nasal e inyectable</p> <p>Farmacias preferidas</p>	<p>Nivel 1: Nada por la compra de un suministro para hasta 90 días por año calendario (sin deducible)</p> <p>Nota: Una vez que haya comprado cantidades de estos medicamentos en un año calendario que sean equivalentes a un suministro para 90 días combinado, todas las recetas del nivel 1 surtidas posteriormente estarán sujetas al costo compartido correspondiente.</p> <p>Usted paga todos los cargos</p>	<p>Nivel 1: Nada por la compra de un suministro para hasta 90 días por año calendario</p> <p>Nota: Una vez que haya comprado cantidades de estos medicamentos en un año calendario que sean equivalentes a un suministro de 90 días combinado, todas las recetas de nivel 1 surtidas posteriormente estarán sujetas al costo compartido correspondiente.</p> <p>Usted paga todos los cargos</p>
<p>Farmacias no preferidas</p> <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo</p>	<p>Nivel 1: Nada por la compra de un suministro para hasta 90 días por año calendario (sin deducible)</p>	<p>Al tener Medicare Parte B como pagador primario, usted paga lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Nada por la compra de un suministro para hasta 90 días por año calendario</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>		

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<p>Nota: Una vez que haya comprado cantidades de estos medicamentos en un año calendario que sean equivalentes a un suministro combinado de 90 días a través de cualquiera de nuestros programas de farmacia, todos los reabastecimientos del Nivel 1 posteriores estarán sujetos al costo compartido correspondiente.</p>		
<p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Remicade, Renflexis e Inflectra no están cubiertos para recetas obtenidas en una farmacia minorista, servicio de recetas por correo o a través del Programa de medicamentos especializados.</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> • <i>Insulina y suministros para diabéticos, excepto cuando se obtienen en una farmacia minorista o a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo, o excepto cuando Medicare Parte B es primaria o usted está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare 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 Atención Médica Asequible y de medicamentos para dejar de fumar y de consumir tabaco.</i> • <i>Los alimentos médicos por vía oral no están cubiertos si no se obtienen en una farmacia minorista o a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo</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 (por ejemplo, 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> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	Opción estándar	Opción básica
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fórmula para bebés que no sean los productos descritos anteriormente en esta sección y en la sección 5(a).</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 sexual o la insuficiencia sexual.</i> • <i>Medicamentos y suministros cubiertos relacionados con los medicamentos para el tratamiento de la disforia de género, si no se obtienen en una farmacia o a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo o el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados como se describió anteriormente en esta sección.</i> • <i>Medicamentos comprados a través de correo o Internet en farmacias fuera de los EE. UU. por miembros ubicados 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 para desensibilizar las alergias, excepto según lo descrito en la sección 5(a).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Medicamentos de otras fuentes	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos recetados y suministros cubiertos que no se obtienen en una farmacia minorista, a través del Programa de Farmacias Programa Farmacias de Medicamentos Especializados o, para miembros de la opción estándar y miembros de la opción básica con la Parte B primaria de Medicare, a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo. Esto incluye medicamentos y suministros cubiertos únicamente por el beneficio médico.</p> <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>Nota: Cubrimos medicamentos y suministros comprados en el extranjero como se muestra aquí, siempre que sean equivalentes a medicamentos y suministros que, según la ley federal de los EE. UU., requieren receta médica. Consulte la sección 5 para obtener más información.</p> <p>Nota: Para medicamentos recetados y suministros cubiertos comprados fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU., envíe los reclamos en un Formulario de reclamo en el extranjero. Consulte la sección 5(i) para obtener información sobre cómo presentar reclamaciones por servicios en el extranjero.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Proveedor profesional participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Proveedor profesional no participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Centros afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p>	<p>Preferido: 30 % de la asignación del plan.</p> <p>Proveedor profesional participante: Usted paga todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: Usted paga todos los cargos</p> <p>Centros afiliados/no afiliados: Usted paga todos los cargos</p>

Medicamentos de otras fuentes (continúa en la página siguiente)

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Medicamentos de otras fuentes (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte las secciones indicadas para obtener información adicional sobre beneficios relacionados con medicamentos obtenidos de otras fuentes: <ul style="list-style-type: none"> - Oficina del médico: sección 5(a) - Instalaciones (paciente hospitalizado o ambulatorio): sección 5(c) - Cuidados paliativos: sección 5(c) • Consulte la información analizada anteriormente en esta sección para los medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista preferida, que se facturan en un centro de enfermería especializada, un hogar de ancianos o un centro de atención prolongada. 	<p>Consulte la página anterior.</p>	<p>Consulte la página anterior.</p>
<p>Para afiliados cubiertos por nuestro programa regular de medicamentos de farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de infusión para enfermedades autoinmunes: Remicade, Renflexis e Inflectra <p>Nota: Los beneficios para ciertos medicamentos de infusión para enfermedades autoinmunes (limitados a Remicade, Renflexis e Inflectra) se cubren solo cuando se obtienen de un proveedor que no sea de farmacia, como un médico o centro (hospital o centro quirúrgico ambulatorio).</p> <p>Los afiliados cubiertos por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP pueden obtener estos medicamentos gracias a sus beneficios de farmacia.</p>	<p>Preferido: 10 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Proveedor profesional participante: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Proveedor profesional no participante: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p> <p>Centros afiliados: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Centros no afiliados: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan</p> <p>Proveedor profesional participante: Usted paga todos los cargos</p> <p>Proveedor profesional no participante: Usted paga todos los cargos</p> <p>Centros 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.
- Nota: Cubrimos la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como la anestesia administrada en el centro, para tratar a niños de hasta 22 años con caries dental grave. Cubrimos estos servicios para otros tipos de procedimientos dentales únicamente 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 no está cubierto). Consulte la sección 5(c) para ver los beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- **Con la opción estándar:**
 - El deducible por año calendario de \$350 por persona (\$700 por inscripción para uno mismo más uno o para uno mismo y su familia) se aplica únicamente al beneficio por lesiones accidentales que se detalla a continuación.
- **Con la opción básica:**
 - No hay deducible por año calendario.
 - **Debe acudir a proveedores preferidos para recibir beneficios, excepto en casos de atención dental que se proporcione como resultado de una lesión accidental, como se describe a continuación.**

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Beneficio por lesiones accidentales</p> <p>Brindamos beneficios para los servicios, suministros o aparatos dentales necesarios para reparar lesiones de manera rápida y restaurar los dientes naturales en buen estado, requeridos debido a, y en relación directa con, una lesión accidental. A fin de determinar la cobertura de beneficios, podemos exigir la documentación de la afección 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 la actualización del plan de tratamiento a medida que éste avanza</p> <p>Nota: Una lesión accidental es una lesión causada por una fuerza o elemento externo como un golpe o una caída que requiere atención médica inmediata. Las lesiones dentales al comer no se consideran lesiones accidentales.</p>	<p>Preferido: 15 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>Participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible)</p> <p>No participante: 35 % de la asignación del plan (se aplica deducible), más cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Bajo la opción estándar, primero brindamos beneficios como se muestra en el Programa de Asignaciones Dentales en las páginas siguientes. Luego pagamos beneficios como se muestra aquí para cualquier saldo.</p>	<p>\$35 de copago por evaluaciones orales asociadas</p> <p>30 % de la asignación del plan</p> <p>Nota: 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 para determinar si se requiere atención de emergencia. Usted es responsable de los montos de costo compartido aplicables como se muestra arriba. Si acude a un proveedor no preferido, es posible que también deba responsabilizarse de cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.</p>

Beneficio por lesión accidental: continúa en la página siguiente

Descripción de beneficios	Usted paga	
	Opción estándar	Opción básica
<p>Beneficio por lesiones accidentales (cont.)</p> <p>Nota: Un diente natural en buen estado es un diente que está completo o restaurado adecuadamente (restauración con amalgama o relleno a base de resina únicamente); que no tiene daño, periodontal u otras afecciones; y que no necesita tratamiento por ninguna otra razón más que por una lesión accidental. 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.</p>	Ver página anterior	<p>Continuación de la página anterior:</p> <p>Nota: Toda la atención de seguimiento debe ser realizada y facturada por proveedores preferidos para ser elegible para los beneficios.</p>

Beneficios dentales

Qué está cubierto.

Opción estándar: Los beneficios dentales se presentan en el cuadro de la página siguiente.

Opción básica: Los beneficios dentales aparecen más adelante en esta sección.

Nota: Consulte la sección 5(b) para conocer nuestros beneficios para cirugía oral y maxilofacial, y la sección 5(c) para conocer nuestros beneficios para servicios hospitalarios (pacientes hospitalizados/ambulatorios) en relación con servicios dentales, disponibles tanto en la opción estándar como en la opción básica.

Red Dental Preferida

Todos los planes locales tienen contrato con dentistas preferidos que están disponibles en la mayoría de las áreas. Los dentistas preferidos acuerdan aceptar un monto con descuento negociado llamado Cargo Máximo Permitido (MAC) como pago total por los siguientes servicios. También presentarán sus reclamos dentales por usted. Según la Opción Estándar, usted es responsable, como gasto de bolsillo, de la diferencia entre el monto especificado en este Programa de Asignaciones Dentales y el MAC. Para encontrar un dentista preferido cerca de usted, visite www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro Buscador nacional de médicos y hospitales, o llámenos al número de teléfono de servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. También puede llamarnos para obtener una copia del listado de MAC correspondiente.

Nota: Los dentistas y cirujanos bucales que forman parte de nuestra red dental preferida para cuidados odontológicos rutinarios no son necesariamente proveedores preferidos para otros servicios que cubre este plan bajo otras disposiciones de prestaciones (como la prestación quirúrgica para cirugía bucal y maxilofacial). Llame al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para comprobar que su proveedor es preferido para el tipo de tratamiento (por ejemplo, tratamiento dental rutinario o cirugía oral) que tiene pensado solicitar.

Beneficios dentales de la opción estándar

Bajo la opción estándar, pagamos los cargos facturados por los siguientes servicios, hasta los montos que se muestran por servicio como se indica en el Programa de asignaciones dentales a continuación y en la página siguiente. Esta es una lista completa de los servicios dentales cubiertos bajo este beneficio para la Opción Estándar. No hay deducibles, copagos ni coseguros. Cuando utiliza dentistas no preferidos, paga todos los cargos que excedan los montos de la lista de tarifas indicada. Para los dentistas preferidos, usted paga la diferencia entre el monto de la lista de tarifas y el MAC descrito en la página anterior.

Beneficios dentales de la opción estándar	Opción estándar solamente		
	Servicios cubiertos	Pagamos hasta los 13 años de edad	Pagamos hasta los 13 años o más
Evaluaciones clínicas orales			
Evaluación oral periódica (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$12	\$8	Todos los cargos que excedan los montos programados que figuran a la izquierda Nota: Para los servicios realizados por dentistas y cirujanos bucales en nuestra Red Dental Preferida, usted paga la diferencia entre los montos enumerados a la izquierda y el Cargo Máximo Permitido (MAC).
Evaluación oral limitada	\$14	\$9	
Evaluación oral abarcativa	\$14	\$9	
Evaluación oral detallada y extensa.	\$14	\$9	
Diagnóstico por imágenes			
Serie completa intraoral	\$36	\$22	Todos los cargos que excedan los montos programados que figuran a la izquierda Nota: Para los servicios realizados por dentistas y cirujanos bucales en nuestra Red Dental Preferida, usted paga la diferencia entre los montos enumerados a la izquierda y el Cargo Máximo Permitido (MAC).
Tratamiento paliativo			
Tratamiento paliativo del dolor dental – procedimiento menor	\$24	\$15	Todos los cargos que excedan los montos programados que figuran a la izquierda. Nota: Para los servicios realizados por dentistas y cirujanos bucales en nuestra Red Dental Preferida, usted paga la diferencia entre los montos enumerados a la izquierda y el Cargo Máximo Permitido (MAC).
Restauración protectora	\$24	\$15	
Preventivo			
Profilaxis: adultos (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	---	\$16	Todos los cargos que excedan los montos programados que figuran a la izquierda Nota: Para los servicios realizados por dentistas y cirujanos bucales en nuestra Red Dental Preferida, usted paga la diferencia entre los montos enumerados a la izquierda y el Cargo Máximo Permitido (MAC).
Profilaxis: niños (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$22	\$14	
Aplicación tópica de flúor o barniz de flúor (<i>hasta 2 por persona por año calendario</i>)	\$13	\$8	
<i>No está cubierto: Cualquier servicio no mencionado específicamente anteriormente</i>	<i>Nada</i>	<i>Nada</i>	<i>Todos los cargos</i>

Beneficios dentales de la opción básica

Bajo la opción básica, brindamos beneficios para los servicios que se enumeran a continuación. Usted paga un copago de \$35 por cada evaluación y nosotros pagamos cualquier saldo hasta el cargo máximo permitido descrito anteriormente en esta sección. Esta es una lista completa de los servicios dentales cubiertos bajo este beneficio para la opción básica. Usted **debe** usar un dentista preferido para poder recibir beneficios. Para obtener una lista de dentistas preferidos, visite www.fepblue.org/provider para utilizar nuestro Buscador nacional de médicos y hospitales, o llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su Tarjeta de identificación.

Beneficios dentales de la opción básica	Opción básica solamente	
	Pagamos	Usted paga
<p>Evaluaciones clínicas orales</p> <p>Evaluación oral periódica*</p> <p>Evaluación oral limitada</p> <p>Evaluación oral completa*</p> <p>*Los beneficios están limitados a un total combinado de 2 evaluaciones por persona por año calendario.</p>	<p>Preferido: Todos los cargos que excedan su copago de \$35</p> <p>Participante/No participante: Nada</p>	<p>Preferido: \$35 de copago por evaluación</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Diagnóstico por imágenes</p> <p>Intraoral: serie completa que incluye aletas de mordida (<i>limitada a 1 serie completa cada 3 años</i>)</p>	<p>Preferido: Todos los cargos que excedan su copago de \$35</p> <p>Participante/No participante: Nada</p>	<p>Preferido: \$35 de copago por evaluación</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p>Preventivo</p> <p>Profilaxis: adultos (<i>hasta 2 por año calendario</i>)</p> <p>Profilaxis: niños (<i>hasta 2 por año calendario</i>)</p> <p>Aplicación tópica de flúor o barniz de flúor: solo para niños (<i>hasta 2 por año calendario</i>)</p> <p>Sellador: por diente, solo primeros y segundos molares (<i>una vez por diente solo para niños de hasta 16 años</i>)</p>	<p>Preferido: Todos los cargos que excedan su copago de \$35</p> <p>Participante/No participante: Nada</p>	<p>Preferido: \$35 de copago por evaluación</p> <p>Participante/No participante: Usted paga todos los cargos</p>
<p><i>No está cubierto: Cualquier servicio no mencionado específicamente anteriormente</i></p>	<p><i>Nada</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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 haga seguimiento de la información relacionada con la salud en cualquier momento. • Evaluación de salud de Blue: complete este cuestionario en línea sobre salud y estilo de vida y reciba asistencia adicional con sus gastos de atención médica. Ver lo siguiente para más información • Daily Habits: controle su salud de manera proactiva fijando y manejando metas de salud, cree un plan de cuidado, haga seguimiento de su progreso y realice actividades saludables. Daily Habits ofrece a los miembros una combinación de orientación, apoyo y recursos. • Programa de incentivos para dejar de fumar: si desea dejar de fumar, puede participar en este programa y recibir productos para dejar de fumar sin costo alguno. Cree un plan para dejar de fumar utilizando nuestra herramienta de asesoramiento en línea, Daily Habits. Luego será elegible para recibir ciertos medicamentos para dejar de fumar y de fumar sin costo alguno. En este programa se incluyen tanto los productos para dejar de fumar con receta como los de venta libre (OTC) obtenidos en una farmacia minorista preferida. Consulte la sección 5(f) para obtener más información. <p>Nota: Puede haber restricciones de edad según las directrices de la FDA de los EE. UU. para estos medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health Topics y WebMD Videos ofrecen una amplia variedad de herramientas educativas con videos, mensajes grabados y materiales en línea coloridos que proporcionan información actualizada sobre una amplia gama de temas relacionados con la salud.
Servicios para personas sordas y con problemas de audición	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.
Accesibilidad web para personas con discapacidad visual	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.
Beneficios de viaje/servicios en el extranjero	Consulte la sección 5(i) para obtener información sobre beneficios y reclamaciones por la atención que reciba fuera de los EE. UU., Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.
Healthy Families	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 .
Programa de Control de la Diabetes	El Programa de Control de la Diabetes es un programa para ayudar a los miembros con diabetes a controlar su afección. Todos los miembros con diabetes tipo 1 y tipo 2, incluidos aquellos para quienes Medicare es el pagador primario, son elegibles para este programa. Recibirá un medidor de glucosa gratis y se le enviarán tiras reactivas y lancetas ilimitadas directamente. El reordenamiento automatizado se basa en su uso. También se proporciona asesoramiento y apoyo personalizados. El programa ofrece intervenciones en vivo activadas por alertas agudas basadas en los resultados de la prueba de su medidor de glucosa. Se ofrece soporte para miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Para obtener más información, visite www.fepblue.org/diabetes .
Evaluación de salud de Blue	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, usted puede seleccionar metas personalizadas, recibir asesoría de apoyo y hacer seguimiento fácil de su progreso mediante nuestra herramienta de entrenamiento en línea, Daily Habits.

	<p>Cuando completa su BHA, tiene derecho a recibir una cuenta de salud de \$50 para usarla en la mayoría de los gastos médicos calificados. Para aquellos con cobertura Individual + 1 o Individual y familia, tanto el titular del contrato como su cónyuge son elegibles para la cuenta de salud de \$50. Enviaremos a cada miembro elegible una tarjeta de débito para acceder a su cuenta. Guarde su tarjeta para usarla en el futuro, incluso si usa todos los dólares de su cuenta de salud; puede ser elegible para recibir incentivos de bienestar en años de beneficios posteriores. No enviamos tarjetas nuevas a los participantes que continúan hasta que la tarjeta caduque. Si abandona el Plan de beneficios de servicio, perderá el dinero restante en su cuenta.</p> <p>Además de la cuenta de salud de \$50, tiene derecho a recibir un máximo de \$120 en crédito adicional en su cuenta de salud por lograr hasta tres objetivos personalizados. Después de completar el BHA, puede acceder a Daily Habits para establecer objetivos personalizados diseñados para mejorar su salud a través de más ejercicio, hábitos nutricionales más saludables, control de su peso, reducción del estrés, mejor salud emocional u objetivos que se centren en controlar una afección específica. Agregaremos \$40 a su cuenta de salud por cada objetivo alcanzado, hasta un máximo de tres objetivos por año. Al completar el BHA y un máximo de tres objetivos de salud, puede ganar hasta un total de \$170 en dólares de la cuenta de salud. Debe completar el BHA y las metas seleccionadas durante el año calendario para poder recibir estos incentivos.</p> <p>Los dólares de la cuenta de salud están disponibles solo cuando completa objetivos relacionados con ejercicio, nutrición, control de peso, estrés, salud emocional, enfermedades cardíacas, insuficiencia cardíaca, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma, y están limitados a un máximo de tres objetivos completados por año calendario.</p> <p>Nota: Para recibir sus incentivos, debe completar todas las actividades elegibles a más tardar el 31 de diciembre de 2025. Dedique el tiempo suficiente para completar todas las actividades antes de esta fecha.</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>
<p>Programa de Control de la Hipertensión</p>	<p>El Programa de Control de la Hipertensión ofrece a los miembros de 18 años o más con hipertensión (también conocida como presión arterial alta) acceso a un monitor de presión arterial gratuito (BPM) para animar a los miembros a tomar decisiones más saludables y reducir el riesgo de complicaciones por enfermedades cardíacas. Este programa está disponible para el titular del contrato y su cónyuge que cumplan con los siguientes criterios.</p> <p>Se le inscribirá automáticamente en el programa y se le informará sobre su elegibilidad para recibir un BPM gratuito después de que se cumplan los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted completa el BHA e indica que le han diagnosticado hipertensión. • Se ha procesado al menos un reclamo médico durante los últimos 12 meses con un diagnóstico informado de hipertensión. <p>Una vez que cumpla con estos criterios, se le enviará una carta informándole sobre su elegibilidad para BPM gratuito. Usted será elegible para recibir un BPM gratuito cada dos años calendario. Debe seguir las instrucciones de la carta, que debe además llevar a su proveedor de atención médica. Su proveedor es responsable de documentar su lectura de presión arterial más reciente e identificar el tamaño de BPM apropiado para usted.</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. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre los medicamentos antihipertensivos genéricos preferidos.</p>
<p>Programa de Incentivos para la Atención del Embarazo</p>	<p>El Programa de Incentivos para la Atención del Embarazo está diseñado para fomentar la atención prenatal temprana y continua que mejore el peso del bebé al nacer y reduzca el riesgo de parto prematuro. Las afiliadas embarazadas pueden ganar una Caja de atención para el embarazo (con obsequios e información sobre el embarazo) y \$75 para una cuenta de salud que se utilizará para la mayoría de los gastos médicos calificados. Este incentivo se suma a otros incentivos descritos en este folleto. Todos los miembros adultos cubiertos, mayores de 18 años, pueden ser elegibles para este incentivo.</p>

	<p>Para calificar para la Caja de Atención al Embarazo, debe estar embarazada. La información sobre el programa está disponible en nuestro sitio web, www.fepblue.org.</p> <p>Para calificar para el incentivo de \$75, debe cumplir con los criterios anteriores para la Caja de atención durante el embarazo y enviarnos una copia del registro médico de su proveedor de atención médica que confirme que tuvo una visita de atención prenatal durante el primer trimestre de su embarazo.</p> <p>La información que debe incluirse al enviar su historial médico se puede encontrar en nuestro sitio web, www.fepblue.org/maternity.</p> <p>Para recibir la Caja de atención para el embarazo o la recompensa de incentivo de \$75, los miembros deben completar todos los requisitos del programa durante el año de beneficios, y la primera visita prenatal o el parto deben ocurrir durante el año de beneficios. Estos incentivos se ofrecen por embarazo y están limitados a dos embarazos por año calendario.</p>
Limitación de incentivo anual	<p>Los incentivos financieros obtenidos a través de la participación en la Evaluación de la salud de Blue, los objetivos personalizados a través de Daily Habits y el Programa de Incentivos para la Atención durante el Embarazo están limitados a un total de \$420 por persona por año calendario para el titular del contrato y su cónyuge.</p>
Cuenta de reembolso para miembros de la opción básica incluidos en Medicare Parte A y Parte B	<p>Los miembros de la opción básica inscritos en la Parte A y Medicare Parte B son elegibles para recibir un reembolso de hasta \$800 por año calendario por sus pagos de primas de Medicare Parte B. La cuenta se utiliza para reembolsar las primas de Medicare Parte B pagadas por los miembros. Para obtener más información sobre cómo obtener un reembolso, visite www.fepblue.org/mra o llame al 888-706-2583.</p>
Servicio electrónico de atención al cliente MyBlue®	<p>Visite MyBlue Customer eService en www.fepblue.org/myblue o utilice la aplicación móvil fepblue para comprobar el estado de sus reclamaciones, cambiar su dirección de registro, solicite formularios de reclamo, solicite un duplicado o reemplazo de una tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicio y realice un seguimiento de cómo utiliza sus beneficios. Entre los servicios adicionales, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EOB en línea: esto le permitirá visualizar, descargar e imprimir sus formularios de explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB). Simplemente inicie sesión en MyBlue Customer eService a través de fepblue.org/myblue y haga clic en "View My Claims" (Ver mis reclamos); desde allí, puede buscar reclamos y seleccionar el enlace "EOB" junto a cada reclamo para acceder a su Explicación de Beneficios (EOB). Además, puede acceder a las EOB a través de la aplicación móvil fepblue. Solo debe ingresar a MyBlue y hacer clic en "Claims" (Reclamaciones). • Aceptar o no recibir EOB en papel enviadas por correo: el Plan de beneficios de servicios ofrece una forma respetuosa con el medio ambiente de acceder a sus EOB a través de fepblue.org/myblue. Puede optar por recibir o no recibir EOB impresas por correo siguiendo las instrucciones que aparecen en pantalla. • 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, las reclamaciones médicas y las reclamaciones en farmacias. También puede revisar su resumen del año hasta la fecha de los reclamos completados, el saldo de la tarjeta MyBlue Wellness y los gastos de farmacia durante todo el año.
Buscador nacional de médicos y hospitales	<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>
Programas de administración de la atención	<p>Si tiene una enfermedad rara 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 gestión de casos reconocida a nivel nacional. Los administradores de casos pueden ser una enfermera registrada, un trabajador social licenciado u otro profesional médico licenciado que ejerza dentro del alcance de su licencia, que puede trabajar con usted y sus proveedores para evaluar sus necesidades de atención médica, coordinar la atención necesaria y los recursos disponibles, evaluar los resultados de su atención, y apoyar y monitorear el progreso del plan de tratamiento y las necesidades de atención médica de los miembros. Algunos miembros pueden recibir orientación y apoyo clínico por una necesidad de atención médica aguda, mientras que otros pueden beneficiarse de la inscripción en administración de casos a corto plazo. La inscripción en administración de casos requiere su consentimiento. Se pide a los miembros con administración de casos que brinden su consentimiento verbal antes de la inscripción en la administración de casos, y deben proporcionar 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 efectivos para mejorar la autogestión de su afección. Si se le ha diagnosticado alguna de estas afecciones, podemos enviarle información sobre los programas disponibles para usted en su área. <p>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 servicio al cliente indicado en el dorso de su tarjeta de identificación.</p>
<p>Opción de beneficios flexibles</p>	<p>Según el Plan de beneficios de servicio de Blue Cross and Blue Shield, nuestro proceso de administración de casos puede incluir una opción de beneficios flexibles. Esta opción permite a los administradores de casos profesionales de los planes locales ayudar a los miembros con ciertos problemas de salud complejos o crónicos al coordinar planes de tratamiento complicados y otros tipos de planes complejos de atención para 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 afiliado (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/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 proveedor o proveedores deben 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 sus proveedores 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 extensión 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>
<p>Servicios de telesalud</p>	<p>Visite www.fepblue.org/telehealth o llame al 855-636-1579, TTY: 711 (línea gratuita) 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 conductual 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 telemedicina contratados.</p>
<p>Aplicación móvil de fepblue</p>	<p>La aplicación móvil fepblue de Blue Cross and Blue Shield está disponible para descarga en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación da a los miembros acceso disponible sin interrupciones a funciones, herramientas e información útiles relacionadas con los beneficios del Plan de beneficios de servicio 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 consultorio médico. También pueden ver los reclamos y el estado de aprobación, ver y compartir las Explicaciones de los beneficios (EOB), ver y compartir las tarjetas de identificación para miembros, localizar proveedores dentro de la red y conectarse con nuestros servicios de telemedicina.</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 conocer la definición de repatriación. Consulte a continuación y más adelante en esta sección la información sobre reclamos que necesitamos para procesar los reclamos del extranjero. Es posible que le solicitemos que nos brinde el historial médico completo 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 de acuerdo con la OFAC que autorice la atención en ese país.

Tenga en cuenta que los requisitos para obtener una certificación previa para la atención de pacientes hospitalizados y la aprobación previa para los servicios enumerados en la sección 3 no corresponden si recibe atención en el extranjero, con la excepción de ingresos para cirugía de reasignación sexual e ingresos a centros de tratamiento residenciales y a instalaciones de enfermería especializada. 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 [c]). 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

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.

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 centro de atención equipado más cercano 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.

Beneficios hospitalarios y de prestadores profesionales

Para la **atención profesional** que reciba en el extranjero, ofrecemos prestaciones con niveles de beneficios preferidos con nuestra Lista de tarifas en el extranjero, un porcentaje habitual del cargo facturado o un descuento acordado con el proveedor como asignación de nuestro plan. **El requisito de la opción básica de utilizar proveedores preferidos para recibir beneficios no corresponde si recibe atención en el extranjero. Los miembros de la opción estándar no tienen deducibles para servicios en el extranjero. En ambas opciones, condonamos los copagos por consultas a proveedores de atención primaria y especialistas descritos en las secciones 5(a) y 5(e).**

En las opciones estándar y básica, cuando la asignación del plan se basa en la Lista de tarifas en el extranjero, usted pagará cualquier diferencia que haya entre nuestro pago y la cantidad facturada, además de cualquier coseguro o copago aplicable. Cuando la asignación del plan es un descuento negociado por el proveedor, usted solo es responsable por las cantidades de su coseguro o copago. También debe pagar los cargos por los servicios no cubiertos.

Para la **atención de pacientes hospitalizados** recibida en el extranjero, le ofrecemos beneficios en el nivel preferido **en las opciones estándar y básica. Para la opción básica, no hay costo compartido para los ingresos de miembros de un centro DoD o cuando el Centro de asistencia en el extranjero (proporcionado por GeoBlue) haya organizado la facturación directa o aceptación de garantía de beneficios con el centro.** Para todas las demás atenciones en centros hospitalarios, los miembros con la opción básica son responsables del copago por ingreso. Los miembros con la opción estándar no tendrán costos compartidos por la atención en un centro para pacientes hospitalizados.

Para la **atención en un centro para pacientes ambulatorios** que reciba en el extranjero, damos beneficios en el nivel preferido **en las opciones estándar y básica** después de que usted paga el copago o coseguro aplicable. Los miembros con la opción estándar no tienen deducible para servicios en el extranjero. **En ambas opciones**, condonamos los costos compartidos de centros y profesionales asociados a los servicios de emergencias prestados en una sala de emergencias, tal y como se describe en la sección 5(d).

Para la **atención dental** que reciba en el extranjero, le ofrecemos los beneficios descritos en la sección 5(g). **En la opción estándar**, debe pagar cualquier diferencia entre el Programa de beneficios dentales y el cargo del dentista, además de cualquier otro cargo por servicios no cubiertos. **En la opción básica**, debe pagar un copago de \$35 más cualquier diferencia entre nuestro pago y el cargo del dentista, así como cualquier cargo por servicios no cubiertos.

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 costos asociados con el transporte a otro hospital que no sea el más cercano y equipado para tratar su afección. **En las opciones estándar y básica**, los miembros deben cubrir el copago correspondiente.

Beneficios de farmacia

Para los **medicamentos con receta adquiridos en farmacias del extranjero**, damos prestaciones en niveles de beneficios preferidos, usando el cargo facturado como la asignación de nuestro plan. En las opciones estándar y básica, los miembros deben cubrir el coseguro correspondiente. Los miembros con la opción estándar no están obligados a cubrir el deducible por año calendario cuando compran medicamentos en farmacias en el extranjero. Consulte la sección 5(f) para obtener 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

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. Cuando 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:

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.

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 en nuestro sitio web, por correo electrónico a fepoverseas@geo-blue.com o en su plan local.

Presentar un reclamo de beneficios de farmacia

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 el detalle de recibos o facturas de farmacia. Usted tiene un año desde la fecha de surtido de la receta para realizar una presentación oportuna de reclamos de farmacia en el extranjero. Use la siguiente información para enviar su reclamo por correo, fax o electrónicamente:

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 www.fepblue.org. Si ya tiene un usuario registrado en el 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 desde 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.

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.

Mientras esté en el extranjero, es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta a través de nuestro Programa de Medicamentos Recetados por Correo o nuestro Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- 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); y
- 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 preferidas con opciones de pedidos en línea, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo y el Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados.

El Programa de Medicamentos Recetados por Correo está disponible para los miembros con la opción estándar y para los miembros con la opción básica con cobertura primaria de Medicare Parte B.

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 Medicamentos Recetados por Correo o nuestro Programa de Farmacia de Medicamentos Especializados a países extranjeros que tienen leyes que restringen la importación de medicamentos con receta desde otros países. 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 afiliados 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 es 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 del Plan de beneficios de servicio en una farmacia preferida. El farmacéutico le pedirá el pago total según la tasa de descuento negociada. Para obtener más información, visite www.fepblue.org/ddp o llame al 800-624-5060.

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

Las exclusiones 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 la sección 3, *Necesita aprobación previa del plan para determinados servicios*.

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 reasignación sexual, 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[b]).
- 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 la cantidad especificada 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*.
- Atención de ortodoncia por posición incorrecta de los huesos de la mandíbula o por el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Servicios de médicos reservistas.
- 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 estadía 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.
- 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 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 requieren aprobación previa del plan), 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 aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de beneficios de servicios o en nuestro sitio web, en 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 del Plan de Beneficios de Servicio cuando reciba los servicios. El proveedor debe presentar el formulario CMS-1500: Formulario de reclamación de seguro médico. El centro presentará el formulario UB-04.

Cuando deba presentar un reclamo (por ejemplo, cuando otro plan médico grupal tiene preferencia como primario) hágalo mediante el formulario CMS-1500 o usando un formulario de reclamo que incluya la información que se muestra a continuación. Utilice un formulario de reclamo diferente 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 afección 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, a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo, o a través del Programa de Farmacias Programa Farmacias de Medicamentos Especializados 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 importe del cargo. (Consulte la sección 7 para obtener información sobre cómo obtener beneficios del Programa de Farmacias, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo y el Programa de Farmacia 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 período 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 del Plan de beneficios de servicio. 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 del Plan de beneficios de servicio;
- no utiliza una tarjeta de identificación válida del Plan de beneficios de servicio 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

Opción estándar: Debe presentar un reclamo en papel por cualquier medicamento o suministro cubierto que compre en farmacias no preferidas. Comuníquese con su plan local o llame al 800-624-5060 para solicitar un formulario de reclamo de medicamentos recetados para reclamar los beneficios. Los miembros con discapacidad auditiva que tengan equipo TTY pueden llamar al 711. Siga las instrucciones en el formulario de reclamación de medicamentos recetados y envíe el formulario completo a: Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057.

Opción básica: No hay beneficios para medicamentos o suministros comprados en farmacias no preferidas.

Programa de Medicamentos Recetados por Correo

Miembros elegibles: Le enviaremos información acerca de nuestro Programa de Medicamentos Recetados por Correo, incluyendo un formulario de pedido inicial por correo. Para utilizar este programa:

1. Complete el formulario de pedido inicial por correo.
2. Adjunte su receta y el copago.
3. Envíe su pedido por correo a CVS Caremark, P.O. Box 1590, Pittsburgh, PA 15230-1590.
4. La entrega puede demorar hasta dos semanas.

Alternativamente, su médico puede llamar para solicitar su receta inicial al 800-262-7890, TTY: 711. Usted es responsable del copago. También es responsable de los copagos de los resurtidos ordenados por su médico.

Después de eso, para pedir resurtidos, llame al mismo número de teléfono o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org y pague el copago con su tarjeta de crédito o indique que se le realice el cobro más tarde. Espere hasta diez días para la entrega de resurtidos.

Nota: Los medicamentos especializados no se entregarán a través del Programa de Medicamentos Recetados por Correo. Consulte la sección 5(f) para obtener información sobre el Programa de Farmacias Programa Farmacias de Medicamentos Especializados.

Opción básica: El Programa de Medicamentos Recetados por Correo está disponible solo para miembros con cobertura primaria de Medicare Parte B dentro de la opción básica.

Programa de Farmacias Programa Farmacias de Medicamentos Especializados

Opciones básica y estándar: Si su médico le receta un medicamento especializado que aparece en nuestra Lista de medicamentos especializados del Plan de Beneficios de Servicios, su médico puede solicitar la receta inicial llamando a nuestro Programa de Farmacias Programa Farmacias de Medicamentos Especializados al 888-346-3731, TTY: 711, o puede enviar la 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 Programa Farmacias de Medicamentos Especializados trabajará con usted para acordar el horario y el lugar de entrega que sean más convenientes para usted. Para pedir resurtidos, llame al mismo número de teléfono para concertar la 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 Programa 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 con cobertura, porque los deducibles (con la opción estándar) y los beneficios máximos (como los de fisioterapia ambulatoria o atención dental preventiva) se aplican por separado a cada persona. Guarde copias de todas las facturas médicas, incluyendo aquellas que acumule para cumplir con un deducible de acuerdo con la opción estándar. En la mayoría de los casos servirán como prueba de su reclamo. No entregaremos duplicados de estados de cuenta ni estados de cuenta 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: Usted tiene un año desde la fecha de surtido de la receta para realizar una presentación oportuna de reclamos de farmacia en el extranjero.

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, incluyendo los requisitos adicionales que no se enumeran en las Secciones 3, 7 y 8 de este folleto, llame al representante de servicio al cliente de su plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de inscripción, nuestro folleto o nuestro sitio web (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 una solicitud, llámenos al número de teléfono de servicio al cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del Plan de beneficios de servicio, o envíenos una 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, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo o el Programa de Farmacias Programa 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 quién 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) enviarnos 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, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo 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.</p> <p>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 a usted o a su proveedor más información.

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.

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 localizarle durante el día y el mejor horario para llamarle; 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 urgente, 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 (que puede causar la pérdida permanente de funciones vitales 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 número de teléfono de servicio al cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del Plan de beneficios de servicio. Aceleraremos nuestra revisión (si aún no hemos respondido a su reclamo); o informaremos a la OPM para que puedan revisar 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 en disputa 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 primaria 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 Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (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 al deducible aplicable (con la opción estándar) y las cantidades de coseguro o copago, excepto cuando Medicare sea el pagador principal (descrito más adelante en esta sección). Por lo tanto, es posible que los pagos combinados de ambos planes no equivalgan al total facturado por el proveedor.

Nota: Cuando pagamos la cobertura secundaria a la cobertura principal que usted tiene de un plan prepago (HMO), nuestros beneficios dependen de los pagos de su bolsillo que deba afrontar según el plan prepago (generalmente, los copagos del plan prepago), sujeto a nuestro deducible (bajo la opción estándar) y cantidades de coseguro o copago.

En determinadas circunstancias, cuando somos la cobertura secundaria y no hay ningún efecto adverso para usted (es decir, usted no paga más), también podemos aprovechar los acuerdos de descuento del proveedor que pueda tener su plan principal y solo compensar la diferencia entre los pagos del plan principal y la cantidad que el proveedor ha acordado aceptar como pago total del plan principal.

Nota: Las limitaciones de visitas correspondientes a su atención según este plan seguirán vigentes cuando seamos 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, incluyendo el uso de proveedores dentro de la red. Lleve el formulario CA-16 y el formulario OWCP-1500/HCF-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 con cobertura) necesita que la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP) o una agencia federal o estatal similar determine que les corresponde proporcionar debido a una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo; o
- que la OWCP o una agencia similar pague a través de un acuerdo por lesiones de terceros u otro procedimiento similar que se base en un reclamo que usted presentó bajo 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 a la cantidad 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 la cantidad 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 (incluyendo 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 la cantidad 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, incluyendo, 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 primaria. 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 consultorio 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 la parte de atrás 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 aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Beneficios de Servicios o visite nuestro sitio web en www.fepblue.org.

Condonamos algunos costos si el Plan Original de Medicare es su pagador principal.

Condonaremos algunos costos de pago de su bolsillo, según se indica a continuación:

Si Medicare Parte A es la cobertura principal:

- Con la **opción estándar**, condonaremos nuestros:
 - Copagos de pacientes ingresados por cada hospitalización.
 - Coseguros hospitalarios para miembros y no miembros para pacientes ingresados.
- Con la **opción básica**, condonaremos nuestros:
 - Copagos diarios para pacientes hospitalizados.

Nota: Una vez que haya agotado sus beneficios de Medicare Parte A:

- Con la **opción estándar**, deberá pagar la diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada en hospitales no afiliados.
- Con la **opción básica**, deberá cubrir los copagos por día del hospital para pacientes hospitalizados.

Si Medicare Parte B es la cobertura principal:

- Con la **opción estándar**, condonaremos nuestros:
 - Deducible por año calendario.
 - Coseguro y copagos por servicios y suministros para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos.
 - Coseguro por servicios en instalaciones para pacientes ambulatorios.
- Con la **opción básica**, condonaremos nuestros:
 - Copagos y coseguro por la atención recibida de proveedores profesionales y del centro cubiertos.

Nota: No cancelaremos las limitaciones de beneficios, como el límite de 25 visitas 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 permitimos 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 a la cantidad que habríamos pagado después del pago de Medicare Original. Es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada y la 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 visite 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 del plan de PSHB y también permanecer inscrito en nuestro plan de PSHB. Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage, infórmenoslo. Necesitaremos saber si está en el Plan Original de Medicare o en un plan de Medicare Advantage para que podamos coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

Bajo la opción estándar, seguiremos ofreciendo beneficios si su plan de Medicare Advantage es la cobertura principal, incluso fuera de la red o área de servicio del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, no condonaremos ninguno de nuestros copagos, coseguros o deducibles si recibe servicios de proveedores que no forman parte del plan de Medicare Advantage.

Bajo la opción básica, damos beneficios por la atención recibida de proveedores preferidos si su plan de Medicare Advantage es la cobertura principal, incluso fuera de la red o área de servicio del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, no condonaremos 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 de la opción básica. 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 (EGWP) del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare**

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 con cobertura) 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. Cuando 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 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 continuidad 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 una cantidad (la “cantidad equivalente de Medicare”) establecida por las reglas de Medicare para lo que Medicare pagaría, no en el cargo real.
- Usted es responsable de pagar los deducibles (solo con la opción estándar), los coseguros o los copagos aplicables según este plan.
- Usted no es responsable de ningún cargo mayor que la cantidad equivalente de Medicare; presentaremos esa cantidad en el formulario de Explicación de beneficios (EOB) que le enviamos.
- La ley prohíbe a un hospital cobrar más que la cantidad “equivalente de Medicare”.

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

- una cantidad establecida por Medicare y denominada “cantidad aprobada por Medicare”; o
- el cargo real si es inferior a la cantidad aprobada 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 debe pagar:

Opción estándar: sus deducibles, coseguros y copagos.

Opción básica: sus copagos y coseguros.

Si su médico trabaja con Medicare o acepta la asignación de Medicare y no está en nuestra red de preferidos

Entonces usted debe pagar:

Opción estándar: sus deducibles, coseguros y copagos, y cualquier saldo hasta la cantidad aprobada por Medicare.

Opción básica: todos los cargos.

Si su médico no trabaja con Medicare y está en nuestra red de preferidos

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

Entonces usted debe pagar:

Opción estándar: sus deducibles, coseguros y copagos, y cualquier saldo hasta el 115 % de la cantidad aprobada por Medicare.

Opción básica: sus copagos y coseguro, y cualquier saldo hasta el 115 % de la cantidad aprobada por Medicare.

Si su médico no trabaja con Medicare y no está en nuestra red de preferidos

Entonces usted debe pagar:

Opción estándar: sus deducibles, coseguro, copagos y cualquier saldo hasta el 115 % de la cantidad aprobada por Medicare.

Opción básica: todos los cargos.

Si su médico elige no trabajar con Medicare a través de un contrato privado

Entonces usted debe pagar:

Opción estándar: sus deducibles, coseguro, copagos y cualquier saldo que cobre su médico.

Opción básica: 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 la cantidad aprobada 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 % de la cantidad aprobada por Medicare. Es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada 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 una cantidad 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 Medicare Parte B y es su seguro principal, sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos tanto por Medicare Parte B como por nosotros dependen de si su médico acepta la asignación de Medicare para el reclamo.

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

Nota: **En la opción básica**, debe consultar a los proveedores **preferidos** para poder recibir beneficios. Consulte la sección 3 para conocer las excepciones a este requisito.

Es importante saber que un médico que no acepta la asignación de Medicare no puede facturarle más del 115 % de la cantidad en 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

Opción estándar **sin** Medicare: usted paga \$350 para Individual, \$700 para Familia

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$0.00

Opción básica **sin** Medicare: usted paga: no corresponde

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción del beneficio: Pago máximo de su bolsillo por protección ante catástrofes

Opción estándar **sin** Medicare: usted paga \$8,000 para Individual, \$16,000 para Familia

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$8,000 para Individual, \$16,000 para Familia

Opción básica **sin** Medicare: \$7,500 para Individual y \$15,000 para Familia

Opción básica **con** las partes A y B de Medicare: \$7,500 para Individual y \$15,000 para Familia

Descripción del beneficio: Reembolso de prima de la Parte B

Opción estándar **sin** Medicare, usted paga: no corresponde

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare, usted paga: no corresponde

Opción básica **sin** Medicare: usted paga: no corresponde

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$800

Descripción del beneficio: Proveedor de atención primaria

Opción estándar **sin** Medicare: usted paga \$30

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$0.00

Opción básica **sin** Medicare: usted paga \$35

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción del beneficio: Especialista

Opción estándar **sin** Medicare: usted paga \$40

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$0.00

Opción básica **sin** Medicare: usted paga \$50

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción del beneficio: Servicios para pacientes hospitalizados

Opción estándar **sin** Medicare: usted paga \$450

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$0.00

Opción básica **sin** Medicare: \$350 por día hasta \$1,750

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción del beneficio: Atención hospitalaria ambulatoria

Opción estándar **sin** Medicare, usted paga: 15 % o \$30 de copago

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare: usted paga \$0.00

Opción básica **sin** Medicare: usted paga 30 % o copago de \$35 a \$500

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: \$0.00

Descripción del beneficio: Incentivos ofrecidos

Opción estándar **sin** Medicare, usted paga: no corresponde

Opción estándar **con** las Partes A y B de Medicare, usted paga: no corresponde

Opción básica **sin** Medicare: usted paga no corresponde

Opción básica **con** las Partes A y B de Medicare: no corresponde

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, incluyendo 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 esperma 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.
Cirugía estética	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, incluyendo 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	<p>Equipos y suministros que sean:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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;
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. prueba confiable que muestra que el servicio de atención médica (por ejemplo, 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; o
3. prueba confiable que muestra que el consenso de opinión entre los expertos con respecto al servicio de atención médica (por ejemplo, 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. prueba confiable que muestra que el servicio de atención médica (por ejemplo, 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. los 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 una cantidad específica de más de \$200 por día por hospitalización (incluyendo 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. <p>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.</p> <p>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.</p>

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	Con el beneficio de telemedicina, usted tiene acceso a recibir atención por solicitud para afecciones comunes que no son de emergencia. Ejemplos de afecciones comunes 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 estancia en el hospital, como escaras graves.
Servicios de observación	Aunque puede pasar la noche en una habitación de hospital y recibir comidas y otros servicios hospitalarios, algunos servicios y pernoctaciones (incluyendo 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 la cantidad 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 la cantidad que su proveedor factura por los servicios cubiertos es menor que la cantidad de nuestra prestación, basaremos su parte (coseguro, deducible o copagos) en la cantidad facturada. Determinamos nuestra asignación de la siguiente manera:

- **Proveedores de PPO:** nuestra asignación (a la que podemos referirnos como “PPA” para “Asignación de proveedor preferido”) es la cantidad negociada que los proveedores preferidos (hospitales y otras instalaciones, médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos contratados con cada plan local de Blue Cross and Blue Shield, y farmacias que tienen contrato con CVS Caremark) han acordado aceptar como pago completo, cuando pagamos los beneficios primarios.

Nuestra asignación 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 la cantidad de nuestro pago adeudado al centro. Sin embargo, su gasto compartido (si corresponde) no cambia. Si la cantidad de nuestro pago disminuye, acreditamos la cantidad de la disminución a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagaremos ese costo en su nombre. (Consulte la sección 5[g] para obtener información especial sobre los límites de las cantidades que los dentistas preferidos pueden cobrarle bajo la opción estándar).

- **Proveedores participantes:** nuestra asignación (a la que podemos referirnos como “PAR” para “Asignación de proveedores participantes”) es la cantidad negociada que estos proveedores (hospitales y otras instalaciones, 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 asignación 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 la cantidad de nuestro pago adeudado al centro. Sin embargo, su gasto compartido (si corresponde) no cambia. Si la cantidad de nuestro pago disminuye, acreditamos la cantidad de la disminución a las reservas de este Plan. Si el monto de nuestro pago aumenta, pagaremos ese costo en su nombre.
- **Proveedores no participantes:** no tenemos acuerdos con estos proveedores para limitar lo que pueden cobrarle por sus servicios. Esto significa que el uso de proveedores no participantes podría resultar en que usted tenga que pagar importes significativamente 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 cantidad prestada actual, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número que se encuentra en la parte de atrás 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 las cantidades facturadas o la cantidad de pago calificada (QPA) determinada según las leyes y regulaciones federales.
 - Para servicios ambulatorios que no sean de emergencia en hospitales y otros centros que no tienen contrato con su Plan Blue Cross and Blue Shield locales (“centros no afiliados”), nuestra asignación es la asignación del plan local. Esta asignación aplica para todos los servicios cubiertos facturados por el hospital. Si planea utilizar un hospital u otro centro que no es afiliado para su procedimiento ambulatorio, llámenos antes de recibir servicios al número de teléfono de servicio al cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para conocer el importe permitido actual y asistencia para estimar sus gastos totales de desembolso.
 - Para los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios realizados o facturados por hospitales y otros centros que no tienen contrato con el plan local de Blue Cross and Blue Shield (“centros no afiliados”), nuestra asignación es la asignación del plan local en el área geográfica en la que se proporcionó o recibió la atención. Esta asignación aplica a los servicios de diálisis cubiertos facturados por el hospital o centro. Comuníquese con su plan local para más información.
 - Tenga en cuenta que los centros no afiliados le cobrarán cualquier diferencia entre la asignación y lo facturado. Es posible que pueda reducir los gastos de su bolsillo utilizando un hospital preferido para su procedimiento quirúrgico ambulatorio o diálisis. Para localizar un proveedor preferido, visite www.fepblue.org/provider para usar nuestro Buscador Nacional de Médicos y Hospitales o comuníquese con atención al cliente llamando al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

- Para servicios ambulatorios por emergencias médicas o lesiones por accidentes que facturen centros que no sean miembros, nuestra prestación es la menor de las cantidades facturadas o la cantidad de pago calificada (QPA) determinada según las leyes y regulaciones federales (menos cualquier cantidad por los servicios no cubiertos).
- 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 las cantidades facturadas o la cantidad de pago calificada (QPA) determinada según las leyes y regulaciones federales.
- Para médicos y otros profesionales de atención médica cubiertos que no tengan contratos con su plan local de Blue Cross and Blue Shield, nuestra prestación es igual o mayor que (1) la cantidad establecida para la tarifa de participación 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 % de la prestación del plan local. Si no existe una cantidad establecida para la tarifa de participación de Medicare o ASP para algún servicio, medicamento o suministro, nuestra prestación es la prestación del plan local. Comuníquese con su plan local para obtener más información. Podemos referirnos a nuestra prestación para proveedores no participantes como “NPA” (para “asignación de proveedor no participante”).
- Para los servicios médicos de emergencia prestados en el departamento de emergencias de un hospital por médicos y otros profesionales médicos cubiertos y proveedores de ambulancia aérea que no tienen contrato con su plan local Blue Cross and Blue Shield, nuestra asignación equivale al menor de lo facturado o el monto de pago calificado (QPA) determinado según las leyes y regulaciones federales.
- Para los fármacos recetados proporcionados por farmacias que no tienen un contrato con CVS Caremark, nuestra asignación es el precio mayorista promedio (AWP) de un fármaco en la fecha en que se dispensa, según lo establecido por Medi-Span en el archivo nacional de datos de medicamentos.
- 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 las cantidades 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 los proveedores no participantes

Nota: **Si acude a proveedores no afiliados o no participantes, podría tener que pagar importes mucho mayores por los servicios que reciba.** Los proveedores no participantes y no afiliados no tienen ninguna obligación de aceptar nuestra asignación como pago total. Si acude a proveedores no participantes o no miembros, será responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada, 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 llámenos al número de teléfono de atención al cliente que figura 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 asignación de Proveedores no participantes (NPA) y lo facturado puede ser limitada. Consulte la sección 3.

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

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	Los reclamos (1) que necesitan certificación o aprobación previa y que (2), si no se obtiene la certificación o aprobación previa, los beneficios se reducen.
Atención preventiva, adultos	<p>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 o 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 doméstica para mujeres en edad reproductiva; administración e interpretación de un cuestionario de evaluación de riesgos de la salud; detección de cáncer incluyendo 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.).</p> <p>Nota: Los servicios de anestesia y de patología relacionados con los exámenes de detección preventivos colorrectales también se pagan como atención preventiva.</p>
Aprobación previa	<p>Garantía escrita de que los beneficios serán provistos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. el plan local donde se realizarán los servicios; o 2. el Programa de Farmacias, el Programa de Medicamentos Recetados por Correo 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 lesión, conjunto de síntomas, atención de maternidad o enfermedad específica (además de los costos de rutina relacionados con un ensayo clínico).
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	<p>Productos farmacéuticos que se incluyen en la Lista de medicamentos especializados del Plan de beneficios de servicios que generalmente tienen un costo elevado y tienen una o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos terapéuticos de administración por inyección, 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 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 telemedicina, haga un seguimiento con su proveedor de atención primaria.
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 una de las siguientes consecuencias:</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.

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 una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina.

Si cree que su reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia, comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación del plan de beneficios de servicios 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 estado de salud ha determinado que su reclamo involucra atención de urgencia.

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.

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, ya que 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	47-48, 136-137
Acupuntura.....	60-61, 73-74
Administración de casos.....	85-87, 129-131
Alimentos médicos.....	58-59, 102-108, 112-116, 160
Alojamiento y comida.....	76-78, 83-84, 96-97
Ambulancia.....	88-89
Análisis de ADN de muestras de heces.....	42-44
Análisis de comportamiento aplicado (ABA).....	52-53, 78-82
Anestesia.....	73-74
Angiografías.....	40-41, 78-82
Anomalías congénitas.....	63-64, 158
Anteojos.....	54-55
Apelaciones.....	27, 142-144
Aplicación móvil feplue.....	131
Asignación del plan.....	161-163
Asistencia y suministros para la lactancia materna.....	47-48
Atención de alergias.....	51-52
Atención de cuidados básicos.....	76-78, 83-85, 96-98, 158
Atención de enfermería a domicilio (maternidad).....	47-48, 59-60
Atención de observación	161
Atención de reafirmación de género	64-66
Atención dental.....	123-126
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF).....	17-19, 21, 84-85
Atención especializada Blue Distinction.....	17-19
Atención obstétrica.....	47-48
Atención por maternidad.....	26, 47-48
Atención preventiva	
Adulto.....	42-44, 164
Niño.....	45-46
Audífonos y servicios auditivos.....	54, 56-57, 135
Autorización prioritaria.....	21-25, 102-104, 112-113
Beneficio de viaje.....	72-73, 127
Beneficios de atención extendida.....	84-85
Beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	76-78
Beneficios que no son de PSHB.....	135
Biopsias	63-64, 78-82
Blue Distinction Centers.....	17-19, 72-73, 82-83
for Transplants.....	68, 71-73
Bombas de insulina.....	57-58
Buscador nacional de médicos y hospitales	129
Cambios para 2025.....	16
Centro de atención de urgencia.....	90-93
Centro de cirugía ambulatoria.....	78-82
Centro de tratamiento residencial (RTC).....	17-19, 21, 83-84, 96-97
Centros afiliados.....	161-163
Centros ambulatorios independientes.....	17-19
Centros de asistencia en el extranjero.....	132
Centros de maternidad.....	17-19
Centros de VA	34, 155
Centros no afiliados.....	161-163
Certificación previa.....	21, 164
CHAMPVA.....	146-147
Circuncisión.....	47-48, 63-64
Cirugía bucal.....	67
Cirugía cosmética.....	63-66, 158
Cirugía maxilofacial.....	67
Cirugía.....	17-19, 21, 24, 54-55, 62-74, 82-83, 158
Afirmación de género.....	64-66
Bucal y maxilofacial.....	67
Cirujano asistente.....	19-20
Esterilización, reversión de la esterilización voluntaria.....	49-50, 63-64
Implantes quirúrgicos.....	56-57, 78-82
Múltiples procedimientos.....	63-64
Ojos: cataratas, ambliopía, estrabismo.....	54-55, 63-64
Pacientes ambulatorios.....	75-89
Reconstructiva.....	64-66
Trasplantes.....	21-24, 68-73
Tratamiento quirúrgico de la obesidad grave.....	21-24
Cirujano asistente.....	19-20, 62-64
Clases y programas educativos	61
Cobertura de reemplazo.....	13
Consultas en una clínica.....	39-40, 95-96
Consultas.....	39-40, 95-96
Continuación temporal de la cobertura (TCC).....	13
Control de enfermedades.....	129-130
Control de peso.....	127-128, 135
Coordinación de beneficios.....	146-156
Copagos.....	28
Coseguro.....	29-32
Costos compartidos.....	28
Costos de los servicios cubiertos.....	28-34
Cuidado de los pies.....	56
Cuidado del recién nacido.....	26, 47-48
Cuidados paliativos.....	85-87
Deducible.....	28
Definiciones.....	157-166
Dejar de fumar.....	61, 116-121, 127
Dejar el tabaco.....	61, 116-121, 127
Derechos y responsabilidades.....	14-15
Dermatología.....	39-40, 131, 165
Afecciones agudas menores.....	39-40, 131, 161
Orientación nutricional.....	17, 42-46, 131
Trastorno de salud mental/por consumo de sustancias.....	95-96
Detección de cáncer de cuello uterino.....	42-46
Detección de osteoporosis.....	164
Detección genética/pruebas genéticas.....	40-41, 78-82
Detección por tomografía computarizada de dosis baja.....	164
Diálisis renal.....	52-53, 78-82
Diálisis.....	52-53, 57-58, 78-82
Dispositivos generadores de voz.....	57-58
Dispositivos ortopédicos.....	56-57, 78-82
Dispositivos protésicos.....	56-57, 76-82
Dispositivos protésicos.....	56-57, 76-82
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos.....	49-50, 104-108, 113-121
Divorcio.....	12
Ecografías	40-41, 78-82
Educación sobre la diabetes.....	61, 78-82
Electrocardiogramas.....	40-41, 78-82
Electroencefalogramas.....	40-41, 78-82
Embarazo (consulte: atención de maternidad).....	76-78, 90, 92-93
Emergencia.....	88-93
Ensayos clínicos.....	71, 148-149
Equipo médico duradero (DME).....	57-58
Errores evitables.....	6-8, 161
Evaluación de Salud de Blue.....	127-128, 159
Examen físico.....	42-46, 136-137
Exclusiones.....	136-137
Exenciones	29
Experimental o de investigación.....	136-137, 159
Exploraciones por tomografía por emisión de positrones.....	40-41, 78-82
Familias saludables.....	127
Farmacias minoristas preferidas.....	99-100, 102-108, 116-121, 139-140
Farmacoterapia.....	39-40, 52-53
FEDVIP.....	123, 148
feplue.org.....	4
Fisioterapia.....	53-54, 85-87
Formulario/lista de medicamentos preferidos.....	100-101, 110-111
Fraude en centros acreditados por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT).....	17-19, 68
Fraude.....	4-5
Gastos de bolsillo.....	33-34, 37, 161-163
Gastos del donante (trasplantes).....	71-72
Hábitos diarios	127
Herramientas de salud.....	127
Hospital	
Pacientes ambulatorios.....	78-82, 97
Pacientes hospitalizados.....	21, 76-78, 96
Imágenes de resonancia magnética.....	40-41, 78-82
Información de la cobertura.....	9
Inscripción.....	9-10
Insulina.....	104-108, 113-116
Jeringas.....	104-108, 113-116
Lentes de contacto.....	54-55
Lesión accidental.....	19-20, 90-93, 123-124, 157

Ley de Equidad para los Niños.....	11	Programa de Incentivos para el Uso de Medicamentos Genéricos....	102-104	Servicios de atención médica a domicilio.....	59-60
Ley de No Sorpresas (NSA).....	32	Programa de Incentivos para la Atención del Embarazo.....	128-129	Servicios de detección	164
Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA).....	116-121	Programa de Medicamentos Recetados por Correo	99-101, 104-108, 113-116, 133-134,139-140	Servicios de diagnóstico y tratamiento .	39-40, 78-82
Mamografías.....	42-44	Programa de Monitoreo de Calidad y Seguridad del Paciente (PSQM)...	101-102	Servicios de la visión.....	54-55, 148
Medicaid.....	147	Programas de gestión de la atención...	129-130	Servicios de laboratorio y patología	19-20
Medicamento necesario	5-6	Protección ante catástrofes	33-34, 112-113, 170, 172	Servicios en centros para pacientes ambulatorios	47-48, 82-83
Medicamentos (consulte: medicamentos con receta)		Proveedor de atención primaria.....	17, 37	Servicios profesionales ambulatorios	39-40
Medicamentos autoinyectables	99-100	Proveedores de centros cubiertos	17-19	Servicios profesionales para pacientes hospitalizados...	39-40, 95-96
Medicamentos autoinyectables.....	99-100	Proveedores de centros	17-19	Servicios reproductivos	50-51, 157
Medicamentos de marca	100-101, 104-108, 110-111	Proveedores no participantes.....	14-15, 24, 161-163	Tecnología de reproducción asistida (ART).....	116-121, 157
Medicamentos especializados	100-101, 104-108, 110-111, 165	Proveedores no preferidos.....	29-32	Servicios, medicamentos, suministros y reclamos en el extranjero	132-134
Medicamentos especializados.....	100-101, 104-108, 165	Proveedores participantes	14-15	Sillas de ruedas	57-58
Medicamentos genéricos	100-101, 110-111	Proveedores preferidos	14-15, 17, 29-32	Situaciones de excepción.....	19-21
Medicamentos recetados	99-122	Proveedores profesionales cubiertos.....	17	Subrogación.....	147-148, 165
Medicamentos de marca	100-101, 110-111	Proveedores profesionales	17	Suministros de ostomía y catéteres...	58-59
Medicamentos de otras fuentes	121-122	Prueba de sangre oculta en heces.....	42-44	Suministros médicos... 58-59, 76-82, 85-87	
Medicamentos genéricos.....	100-101, 110-111	Pruebas de cáncer colorrectal.....	42-44	Suministros para diabéticos	57-59, 116-121
Programa de Medicamentos Recetados por Correo	99-101, 104-108,113-116	Colonoscopia	42-44, 63-64, 78-82	Agujas y jeringas desechables	104-108, 113-116
Medicamentos y suministros.....	104-108, 113-121	Confidencialidad	14-15	Bombas de insulina	57-58
Medicare.....	1, 146-156	Prueba de sangre oculta en heces	42-44	Insulina, tiras reactivas y lancetas	104-108, 113-116
Cuenta de reembolso	129	Sigmoidoscopia.....	42-44	Programa de Medidor de Diabetes....	104-108
Médico	14-15, 17, 19-20	Pruebas de cáncer de próstata.....	42-44	Telesalud	17, 39-40, 95-96, 131, 165
Mercado de seguros médicos	13	Pruebas de cáncer	42-44	Terapia del habla.....	53-54, 78-82, 85-87
Monitoreo cardiovascular	40-41, 78-82	Pruebas de colesterol	42-44	Terapia ocupacional	53-54, 85-87
Múltiples procedimientos	63-64	Pruebas de densidad ósea.....	40-41, 78-82	Terapias de tratamiento.....	52-53
Opción de beneficios flexibles	130-131	Pruebas de Papanicolaou	42-46	Tomografías computarizadas	40-41, 78-82
Orientación nutricional....	17, 39-40, 42-46	Pruebas del virus del papiloma humano (VPH).....	42-46	Trabajador social.....	129-130
Oxígeno.....	57-59, 85-87	Pruebas diagnósticas.....	40-41, 94-98	Trasplantes alogénicos.....	69-71
Pagos en exceso	34	Pruebas neurológicas.....	40-41, 78-82	Trasplantes autólogos	69-71
Pelucas	56-57	Pruebas previas a la admisión	76-78	Trasplantes de células madre sanguíneas o de médula ósea	68-73
Personal de enfermería ..	59-60, 85-87, 127	Psicoterapia.....	95-97	Trasplantes de células madre.....	68-71
Planificación familiar	49-50	Quimioterapia	52-53, 78-82	Trasplantes de órganos/tejidos ...	68, 71-73
PPO	14-15, 164	Radiografías	19-20, 40-41, 78-82	Trasplantes.....	21-24, 62-74
Precio medio mayorista (AWP) ..	104-108, 161-163	Radioterapia	52-53, 78-82	Trastorno de salud mental/por consumo de sustancias	94-98
Procedimientos de esterilización	49-50, 63-64	Reclamos de atención de urgencia	25, 165-166	Trastorno del espectro autista	52-53, 78-82
Proceso de reclamos en disputa....	142-144	Reclamos y presentación de reclamos.....	138-141	Trastorno por consumo de sustancias ...	17-19,83-84, 94-98, 131
Programa de Control de la Diabetes	127	Reconsideraciones.....	26-27, 142-144	Tratamiento manipulativo osteopático... 60	
Programa de Control de la Hipertensión...	128	Reconstrucción mamaria.....	64-66	Tratamiento manipulativo quiropráctico	60
Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados	99--100, 104-108, 133-134, 139-140	Prótesis mamarias y sujetadores quirúrgicos	56-57	Tratamiento manipulativo.....	60, 78-82
Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados.....	99-101, 104-108, 133-134, 139-140	Registro médico personal.....	127	Tratamientos alternativos.....	60-61
Programa de Farmacias Minoristas	99-100, 133-134, 139-140	Rehabilitación cardiaca.....	52-53, 78-82	TRICARE.....	146-147
Programa de Farmacias Minoristas	99-100, 133-134, 139-140	Rehabilitación cognitiva	53-54, 78-82	Vacunas	42-46, 116-121
Programa de Farmacias Minoristas	99-100, 133-134	Rehabilitación pulmonar.....	52-53, 78-82	Visitas al consultorio	39-40, 95-96
		Sacaleches y suministros	47-48	Yesos/férulas.....	76-82
		Sangre y plasma sanguíneo... 58-59, 78-82			
		Segunda opinión quirúrgica	39-40		
		Servicio electrónico de atención al cliente MyBlue.....	129		

Resumen de beneficios de la opción estándar del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield en 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, lea este folleto de PSHB.

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.

A continuación, un asterisco (*) significa que el artículo está sujeto al deducible por año calendario de \$350 por persona (\$700 por inscripción al plan Individual + 1 o Individual y familia). Si acude a un médico u otro profesional de atención médica que no pertenece a PPO, generalmente deberá pagar la diferencia entre nuestra asignación y lo facturado, además de cualquier parte de nuestra asignación que se muestra a continuación.

También puede obtener una copia de nuestro Resumen de beneficios y cobertura según lo exige la Ley de Atención Médica Asequible en el folleto www.fepblue.org/.

Beneficios de la opción estándar	Usted paga	Página
Servicios médicos proporcionados por médicos: Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio.	PPO: Nada para atención preventiva; 15 %* de nuestra asignación; \$30 por visita al consultorio para proveedores de atención primaria y otros profesionales médicos \$40 por consulta al consultorio para especialistas No PPO: 35 %* de nuestra asignación	39-46
Servicios de salud proporcionados por médicos: Servicios de telemedicina	PPO: Nada No PPO: usted paga todos los cargos	39, 95
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente hospitalizado	PPO: \$350 por ingreso No PPO: \$450 por ingreso, más 35 % de nuestra asignación	76-77
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente ambulatorio	PPO: 15 %* de nuestra asignación No PPO: 35 %* de nuestra asignación	78-82
Beneficios en caso de emergencia: Lesión accidental	PPO: Nada por servicios médicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios dentro de las siguientes 72 horas. Después, los beneficios regulares. No PPO: Cualquier diferencia entre la asignación del plan y lo facturado por servicios médicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios dentro de las siguientes 72 horas. Después, los beneficios regulares. Servicios de transporte en ambulancia: Nada	91-92
Beneficios en caso de emergencia: Emergencia médica	Atención de urgencia con PPO: copago de \$30. Atención en sala de emergencias PPO y no PPO: 15 %* de nuestra asignación. Beneficios regulares para atención médica y hospitalaria* recibidos en lugares distintos a la sala de emergencias/centro de atención de urgencia PPO. Servicios de transporte en ambulancia: \$100 por día por ambulancia terrestre (sin deducible); \$150 por día por ambulancia aérea o marítima (sin deducible).	92-93
Tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias:	PPO: Costos compartidos regulares, como copago de \$30 por consulta en consultorio y \$350 por admisión de paciente hospitalizado No PPO: Costos compartidos regulares, como el 35 %* de nuestra asignación para visitas al consultorio; \$450 por admisión de paciente hospitalizado en centros para afiliados, más el 35 % de nuestra asignación.	94-98

Beneficios de la opción estándar	Usted paga	Página
Medicamentos recetados	<p>Programa de Farmacias Minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPO: \$7.50 por cada compra de un suministro de medicamentos genéricos para hasta 30 días (\$5.00 por un suministro para 30 días si tiene Medicare Parte B como cobertura principal)/30 % de nuestra prestación para medicamentos de marca preferidos/50 % de nuestra prestación para medicamentos de marca no preferidos • No PPO: 45 % de nuestra asignación (AWP) <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$15 genérico (\$10 si tiene Medicare Parte B como cobertura principal)/\$90 para marca preferida/\$125 en marca no preferida por receta; para un suministro para hasta 90 días <p>Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$65 por medicamentos especializados preferidos por la compra de un suministro para hasta 30 días; \$85 por medicamentos especializados no preferidos por la compra de un suministro para hasta 30 días 	104-108
Atención dental:	Asignaciones programadas para servicios de diagnóstico y preventivos; beneficios regulares para servicios dentales consecuencia de una lesión accidental y cirugía bucal y maxilofacial cubierta.	125
Bienestar y otras características especiales: Herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; Servicio electrónico al cliente MyBlue®; Buscador nacional de médicos y hospitales; Familias saludables; Beneficios/servicios de viaje en el extranjero; Programas de gestión de la atención; y Opción de beneficios flexibles	Consulte la sección 5 (h).	127-131
Costos de protección ante catástrofes (su máximo de gastos de bolsillo de protección ante catástrofes):	<ul style="list-style-type: none"> • Individual: Nada después de \$6,000 (PPO) o \$8000 (PPO/No PPO) por contrato por año • Individual + 1: Nada después de \$12,000 (PPO) o \$16,000 (PPO/No PPO) por contrato por año • Individual y familia: Nada después de \$12,000 (PPO) o \$16,000 (PPO/No PPO) por contrato por año <p>Nota: Algunos costos no califican para esta protección.</p> <p>Nota: Cuando un familiar cubierto (contratos Individual + 1 e Individual y familia) alcanza el máximo de Individual durante el año calendario, los reclamos de ese miembro ya no estarán sujetos a las cantidades 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.</p>	33-34

Resumen de beneficios de la opción básica del Plan de beneficios de servicios de Blue Cross and Blue Shield en 2025

No confíe únicamente en la información en 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, lea este folleto de PSHB.

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.

La opción básica no proporciona beneficios cuando utiliza proveedores no preferidos. Para obtener una lista de las excepciones a este requisito, consulte la sección 3. No hay deducible para la opción básica.

También puede obtener una copia de nuestro Resumen de beneficios y cobertura según lo exige la Ley de Atención Médica Asequible en el folleto www.fepblue.org/.

Beneficios de la opción básica	Usted paga	Página
Servicios médicos proporcionados por médicos: Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio.	PPO: Nada por atención preventiva; \$35 por visita al consultorio para proveedores de atención primaria y otros profesionales médicos; \$50 por visita al consultorio para especialistas No PPO: usted paga todos los cargos	39-40
Servicios de salud proporcionados por médicos: Servicios de telemedicina	PPO: Nada No PPO: usted paga todos los cargos	39, 95
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente hospitalizado	PPO: \$350 por día hasta \$1,750 por ingreso No PPO: usted paga todos los cargos	76-77
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente ambulatorio	PPO: \$250 por día por centro No PPO: usted paga todos los cargos	78-82
Beneficios en caso de emergencia: Lesión accidental	PPO: copago de \$50 para atención de urgencias; copago de \$350 por atención en la sala de emergencias No PPO: copago de \$350 por atención en la sala de emergencias; usted paga todos los cargos por la atención recibida en otros centros que no sean la sala de emergencias Servicios de transporte en ambulancia: \$100 por día para ambulancia terrestre; \$150 por día por ambulancia aérea o marítima	91-92
Beneficios en caso de emergencia: Emergencia médica	Lo mismo que para lesiones accidentales	92-93
Tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias:	PPO: Costos compartidos regulares, como copago de \$35 por visita al consultorio; \$350 por día hasta \$1,750 por ingreso de paciente hospitalizado No PPO: usted paga todos los cargos	94-98

Beneficios de la opción básica	Usted paga	Página
Medicamentos recetados	<p>Programa de Farmacias Minoristas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPO: \$15 por medicamentos genéricos/(\$10 si tiene Medicare Parte B como cobertura principal)/\$75 por medicamentos de marca preferidos por receta (\$50 si tiene Medicare Parte B como cobertura principal)/60 % de coseguro (\$90 como mínimo) para medicamentos de marca no preferidos (50 % (\$60 como mínimo) si tiene Medicare Parte B como cobertura principal) • No PPO: Usted paga todos los cargos <p>Programa de Farmacias de Medicamentos Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$120 por medicamentos especializados preferidos por la compra de un suministro para hasta 30 días; \$200 para medicamentos especializados no preferidos por la compra de un suministro para hasta 30 días <p>Programa de Medicamentos Recetados por Correo (solo para afiliados con Medicare Parte B como cobertura primaria):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 genérico/\$100 de marca preferida/\$125 de marca no preferida por receta; para un suministro para hasta 90 días 	104-108
Atención dental:	<p>PPO: copago de \$35 por evaluación (examen, limpieza y radiografías); la mayoría de los servicios se limitan a 2 por año; selladores para niños de hasta 16 años; copago de \$35 por evaluaciones orales asociadas necesarias debido a una lesión accidental; beneficios regulares por cirugía oral y maxilofacial cubierta</p> <p>No PPO: usted paga todos los cargos</p>	126
Bienestar y otras características especiales: Herramientas de salud; Evaluación de Salud de Blue; Servicio electrónico al cliente MyBlue®; Buscador nacional de médicos y hospitales; Familias saludables; Beneficios/servicios de viaje en el extranjero; Programas de gestión de la atención; y Opción de beneficios flexibles	Consulte la sección 5 (h).	127-131
Costos de protección ante catástrofes (su máximo de gastos de bolsillo de protección ante catástrofes):	<ul style="list-style-type: none"> • Individual: Nada después de \$7,500 (PPO) por contrato por año • Individual + 1: Nada después de \$15,000 (PPO) por contrato por año • Individual y familia: Nada después de \$15,000 (PPO) por contrato por año; nada después de \$7,500 (PPO) por persona por año <p>Nota: Algunos costos no califican para esta protección.</p> <p>Nota: Cuando un familiar cubierto (contratos Individual + 1 e Individual y familia) alcanza el máximo de Individual durante el año calendario, los reclamos de ese miembro ya no estarán sujetos a las cantidades 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.</p>	33-34

Notas

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

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

Para consultar las tarifas de las primas de todas las opciones de planes de salud de 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
Opción estándar: Individual	33D	\$286.09	\$174.13	\$619.86	\$377.28
Opción estándar: Individual + 1	33F	\$618.40	\$388.04	\$1,339.87	\$840.75
Opción estándar: Individual y familia	33E	\$672.95	\$435.43	\$1,458.06	\$943.43
Opción básica: Individual	33A	\$286.09	\$114.12	\$619.86	\$247.26
Opción básica: Individual + 1	33C	\$618.40	\$280.99	\$1,339.87	\$608.81
Opción básica: Individual y familia	33B	\$672.95	\$317.62	\$1,458.06	\$688.18