



Una organización de mantenimiento de la salud (opción elevada y opción estándar)

Este Plan de cobertura de gastos médicos califica como cobertura esencial y cumple con el valor estándar mínimo para los beneficios que ofrece. Consulte la página 7 para mayores detalles. Este plan está acreditado. Consulte la página 12.

Lugar de atención: *el estado de Oklahoma*

La afiliación a este Plan es limitada. Usted debe vivir o trabajar en nuestra área geográfica de servicio para poder afiliarse. Consulte los requerimientos en la página 13.

Código de inscripción o afiliación para este Plan:

IM1 Opción elevada – Usted únicamente
IM3 Opción elevada – Usted más otra persona
IM2 Opción elevada – Usted y su familia

IM4 Opción estándar – Usted únicamente
IM6 Opción estándar – Usted más otra persona
IM5 Opción estándar – Usted y su familia

IMPORTANTE

- Tarifas: contraportada
- Cambios para 2018: página 14
- Resumen de beneficios: página 101



Authorized for distribution by the:



**United States
Office of Personnel Management**

Healthcare and Insurance
<http://www.opm.gov/insure>

Notificación importante de GlobalHealth, Inc. sobre nuestra cobertura de medicamentos bajo prescripción médica y Medicare

La oficina de administración de personal (Office of Personnel Management -OPM) ha determinado que la cobertura de medicamentos bajo prescripción médica de GlobalHealth, Inc. debe, en promedio, cubrir el mismo monto que la cobertura estándar Medicare de medicamentos bajo prescripción médica para los participantes de todos los planes y está considerada una cobertura acreditable. Esto quiere decir que no será necesario que se inscriba al plan Part D de Medicare ni que pague un monto extra por la cobertura de medicamentos bajo prescripción médica. Si usted decide inscribirse más tarde al plan Part D de Medicare, no tendrá que pagar una penalización por inscripción tardía, siempre y cuando usted conserve su cobertura FEHB (planes de salud para empleados federales y jubilados "Federal Employee and retiree Health Plans").

Sin embargo, si usted decide inscribirse en el plan Part D de Medicare, puede conservar su cobertura FEHB y dicho plan se coordinará con los beneficios de Medicare.

Recuerde: Si usted es el beneficiario de una anualidad (annuitant) y cancela su cobertura FEHB, no podrá reinscribirse en el programa FEHB.

Por favor tome en cuenta lo siguiente

Si usted pierde o da de baja su cobertura FEHB y no cuenta, durante 63 días consecutivos o más, con una cobertura de medicamentos bajo prescripción médica que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare, su prima mensual del plan Part D de Medicare, incrementará al menos en un 1% por cada mes en el que no haya contado con dicha cobertura. Por ejemplo, si usted no cuenta con una cobertura de medicamentos Part D de Medicare durante diecinueve meses, su prima será, al menos, un 19% más alta que la de otras personas. Usted tendría que pagar esta prima más alta hasta el momento en que cuente con la cobertura "Medicare" de medicamentos bajo prescripción médica. Asimismo, deberá esperar hasta el siguiente periodo de elección anual (Annual Coordinated Election Period), del 15 de octubre al 7 de diciembre para inscribirse en el plan Part D de Medicare.

Beneficios y prestaciones Medicare para bajos ingresos

Para personas con ingresos y recursos restringidos existe ayuda extra disponible para el pago del plan de cobertura "Medicare" de medicamentos bajo prescripción médica. Para obtener información sobre esta ayuda extra, visite la página de Internet de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration -SSA) en la siguiente dirección: www.socialsecurity.gov o llámelos al teléfono: 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)

Usted puede obtener más información sobre los planes de medicamentos de Medicare bajo prescripción médica, así como sobre la cobertura disponible en su zona, en los siguientes sitios:

- Visite la página de Internet www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048).

Índice

Índice	1
Introducción	3
Lenguaje sencillo	3
¡Alto al fraude en la atención médica!	3
La discriminación está en contra de la ley	4
Prevenir errores médicos	5
FEHB (Programa de planes de salud para empleados federales y jubilados) Hechos	7
Información sobre la cobertura	7
• No hay limitaciones por condiciones preexistentes	7
• Cobertura mínima básica (MEC).....	7
• Valor estándar mínimo	7
• Dónde puede obtener información sobre la inscripción en el Programa FEHB	7
• Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia	7
• Cobertura para familiares	8
• La equidad para los hijos (Children’s Equity Act)	8
Cuándo comienzan las primas y los beneficios	9
Cuando usted se retire.....	9
Cuando usted pierde beneficios	10
• Cuando la cobertura FEHB	10
• En caso de divorcio	10
• Continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage -TCC)	10
• Buscando una cobertura de reemplazo	10
• Mercado de seguros de salud.....	11
Sección 1. Cómo funciona este plan	12
Características generales de nuestra opción elevada y estándar	12
Cómo les pagamos a los proveedores	12
Sus derechos y responsabilidades	12
Su expediente clínico y el registro de reclamaciones son confidenciales	13
Área de servicio	13
Sección 2. Cambios para 2018	14
Cambios para este Plan	14
Sección 3. Cómo obtener cuidado	16
Credenciales de identificación.....	16
En dónde obtiene atención cubierta.....	16
• Proveedores del Plan	16
• Instalaciones del Plan	16
Lo que debe hacer para obtener atención cubierta.....	16
• Cuidados básicos	16
• Cuidados especializados.....	16
• Atención hospitalaria.....	17
• Si usted es hospitalizado cuando su inscripción comienza	17
Usted necesita aprobación previa por parte del Plan para determinados servicios	17
• Admisión y hospitalización	18
• Otros servicios	18
Cómo solicitar la precertificación para una admisión o cómo obtener autorización previa para otros servicios	19
• Reclamos de atención no urgente	19
• Reclamos de atención urgente	19

• Reclamos de atención concurrente	19
• Hospitalización y admisión de emergencia	20
• Cuidado de maternidad.....	20
• Si su tratamiento requiere extenderse	20
Qué sucede cuando usted no sigue las reglas de precertificación cuando hace uso de centros o instalaciones fuera de la red	20
Circunstancias fuera de nuestro alcance	20
Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión en un reclamo previo al servicio	20
• Reconsiderar un reclamo de atención no urgente	20
• Reconsiderar un reclamo de atención urgente	21
• Presentar una apelación en la oficina de administración de personal (OPM)	21
Sección 4. El costo de los servicios cubiertos	22
Reparto de costos.....	22
Copagos	22
Deducible	22
Coaseguro	22
Diferencias entre el subsidio o prestación del Plan y la factura	22
Su protección para los desastres o catástrofes, límite máximo de gastos por desembolso directo	22
Saldo remanente	23
Cuando los centros e instalaciones del gobierno nos cobran una factura	23
Sección 5. Beneficios de la opción elevada y estándar	24
Sección 6. Exclusiones generales – servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos	81
Sección 7. Presentar una reclamación por servicios cubiertos	82
Sección 8. El proceso de disputa de reclamaciones	84
Sección 9. Coordinar beneficios con Medicare y otras coberturas	87
Cuando usted cuenta con otra cobertura médica	87
• TRICARE y CHAMPVA	87
• Compensación para trabajadores	87
• Medicaid	87
Cuando otras agencias del gobierno son responsables de su atención médica	87
Cuando otros son responsables por lesiones	87
Cuando usted cuenta con cobertura del Plan de seguros dentales y de la vista para empleados federales (FEDVIP)	88
Ensayos clínicos	88
Cuando usted cuenta con Medicare	88
• ¿Qué es Medicare?	88
• ¿Debo afiliarme a Medicare?	89
• El Plan original Medicare (Parte A y Parte B)	89
• Infórmenos sobre su cobertura Medicare	92
• Plan de ventajas Medicare -Medicare Advantage (Parte C)	92
• Cobertura Medicare para medicamentos bajo prescripción médica (Parte D)	93
Sección 10. Definiciones sobre términos empleados en este folleto	95
Sección 11. Otros programas federales.....	97
Programa de cuentas de gastos flexibles federales (The Federal Flexible Spending Account Program – FSAFEDS)	97
Programa de seguro dental y de la vista para empleados federales (The Federal Employees Dental and Vision Insurance Program – FEDVIP)	98
Programa federal de seguro de atención médica a largo plazo (The Federal Long Term Care Insurance Program – FLTCIP).....	98
Programa de seguro de vida grupal para empleados federales (The Federal Employees' Group Life Insurance Program – FEGLI).....	99
Índice	100
Resumen de beneficios para la opción elevada (High Option) de GlobalHealth, Inc. - 2018	101
Resumen de beneficios para la opción estándar (Standard Option) de GlobalHealth, Inc. - 2018	102
Información de tarifas para GlobalHealth, Inc. 2018.....	104

Introducción

Este folleto describe los beneficios de GlobalHealth, Inc. en el marco de nuestro contrato (CS 2893) con la oficina de administración de personal de los Estados Unidos, tal y como lo establece la ley de beneficios en materia de salud para empleados federales (Federal Employees Health Benefits law). Puede contactar la oficina de atención al cliente al: 877-280-2989 o a través de nuestra página de Internet: www.globalhealth.com/fehb. La dirección de las oficinas administrativas de GlobalHealth, Inc. (GlobalHealth) es:

GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 2328
Oklahoma City, OK 73101-2328

Este folleto es la declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal podrá modificar o de ninguna forma afectar los beneficios, límites y exclusiones de este folleto. Es su responsabilidad estar informado sobre los beneficios que usted posee en materia de salud.

Si usted está afiliado a este Plan, tiene derecho a contar con los beneficios descritos en este folleto. Si está afiliado al plan de cobertura individual y familiar, cada miembro elegible de su familia tiene también derecho a contar con dichos beneficios. Si usted cuenta con una cobertura para usted más una persona, usted y un miembro elegible de su familia al que usted haya designado en el momento de afiliarse, tendrán derecho a contar con estos beneficios. Usted no tendrá derecho a los beneficios que estaban disponibles antes del primero de enero de 2018, a menos que dichos beneficios se muestren también en este folleto.

La oficina de administración de personal (OPM por sus siglas en inglés) negocia los beneficios y tarifas con cada uno de los Planes, anualmente. Los cambios en los beneficios entran en vigor a partir del 1° de enero de 2018 y dichos cambios están resumidos en la página 13. Las tarifas se muestran al final de este folleto.

La cobertura dentro de este Plan califica como “Cobertura esencial básica” (MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA). Por favor consulte la página de Internet del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service -IRS) en la siguiente dirección: www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para obtener mayor información sobre los requerimientos individuales de la “Cobertura esencial básica” (MEC).

La Ley de cuidado de la salud asequible (ACA) establece un valor estándar mínimo de beneficios dentro de un plan de cobertura médica. El valor estándar mínimo es de 60% (valor actuarial). La cobertura en materia de salud que ofrece este Plan, sí cumple con el valor estándar mínimo para los beneficios que ofrece.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos FEHB (planes de salud para empleados federales y jubilados) están escritos en lenguaje sencillo para facilitar su comprensión. A continuación le mostramos algunos ejemplos,

- Con la excepción de términos técnicos que sean necesarios, empleamos palabras comunes. Por ejemplo, “usted” quiere decir el afiliado o miembro de la familia, “nosotros” quiere decir GlobalHealth, Inc.
- Únicamente utilizamos los acrónimos que usted conoce. FEHB (Federal Employees Health Benefits Program) es el programa de planes de salud para empleados federales y jubilados. OPM (United States Office of Personnel Management) es la oficina de administración de personal de los Estados Unidos. Si empleamos otros acrónimos, le especificaremos lo que significan.
- Nuestro folleto así como los folletos de otros planes de salud para empleados federales y jubilados (FEHB) tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarle a comparar los planes.

¡Alto al fraude en la atención médica!

El fraude eleva el costo de la atención médica para todas las personas e incrementa la prima del programa de beneficios en materia de salud para empleados federales.

La oficina del inspector general de la OPM (oficina de administración de personal de los Estados Unidos) investiga todas las denuncias de fraude, derroche y abuso en el Programa FEHB, sin importar la agencia que lo haya empleado o de la que se haya retirado.

Protéjase del fraude – Aquí exponemos algunas medidas que puede tomar para prevenir el fraude:

- No proporcione su número de identificación del Plan (ID) por teléfono ni a personas que no conozca, excepto a sus proveedores de atención médica, a su Plan autorizado de beneficios de salud o al representante de la OPM.
- Permita únicamente a los médicos profesionales adecuados o competentes, que revisen su expediente clínico o que le recomienden

determinados servicios.

- Evite recurrir a proveedores de atención médica que le afirmen que un artículo o servicio no está, por lo general, cubierto pero que saben cómo facturarlos para lograr que el Plan lo pague.
- Revise cuidadosamente las explicaciones de los beneficios (EOBs) que recibirá de nuestra parte.
- Revise periódicamente su historial de reclamos para que sea exacto y correcto y de esa manera asegúrese de que no le hemos facturado servicios que usted no ha recibido.
- No le pida a su doctor que realice registros o anotaciones falsas en certificados, facturas o expedientes, con el fin de lograr que paguemos por un artículo o servicio.
- Si usted sospecha que un proveedor le ha hecho cargos por servicios que usted no ha recibido, le ha facturado dos veces por el mismo servicio o ha presentado erróneamente cualquier tipo de información, haga lo siguiente:
 - Llame al proveedor y pídale una explicación. Puede ser que exista un error.
 - Si el proveedor no resuelve el problema, llámenos al 877-280-2989 y explique la situación.
 - Si no logramos resolver el asunto:

**LLAME A LA LÍNEA DIRECTA DE FRAUDE EN LA ATENCIÓN MÉDICA
(HEALTHCARE FRAUD HOTLINE)
877-499-7295**

O entre en la página: www.opm.gov/our-inspector-general/hotline-to-report-fraud-waste-or-abuse/complaint-form/

El formulario de reportes en línea (online) es el método ideal para reportar un fraude con el fin de lograr precisión, exactitud y un menor tiempo de respuesta.

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 como miembro familiar en su póliza:
 - A su ex esposo o ex esposa después de que una sentencia de divorcio o anulación sea final y definitiva (aun y cuando una orden judicial estipule lo contrario)
 - Su hijo de 26 años de edad o mayor (a menos que él o ella estén discapacitados y no sean capaces de mantenerse a sí mismos desde antes de los 26 años)
- Si tiene alguna duda sobre la elegibilidad de un dependiente, consulte con su oficina de personal, si está empleado; con su oficina de jubilaciones (como OPM) si está retirado o con el centro de finanzas nacionales si está afiliado bajo una continuación temporal de cobertura.
- El fraude, la falsificación o tergiversación de hechos relevantes está prohibido dentro del Plan. Usted puede ser acusado y procesado por fraude y su agencia puede emprender acciones en su contra. Algunos ejemplos de fraude incluyen la falsificación de un reclamo para obtener beneficios FEHB, intentar u obtener servicios o cobertura para usted o para alguien más que no sea elegible para la cobertura o afiliarse al Plan cuando usted ya no es elegible.
- Si su inscripción o afiliación continúa después de que usted ya no es elegible para obtener una cobertura, (p.ej. usted ha dejado de formar parte del servicio federal) y las primas no se pagan, usted será responsable por todos los beneficios cubiertos durante el periodo en que las primas no fueron pagadas. Es probable que usted reciba la factura de servicios recibidos. Es probable que usted sea procesado por fraude, al haber utilizado, con conocimiento de causa, los beneficios del seguro de gastos médicos para los que usted no haya pagado las primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para hacer uso de su cobertura de seguro de gastos médicos.

La discriminación es contra la ley

El Plan FEHB de GlobalHealth cumple con todas las leyes de derecho civil federal procedentes, incluyendo tanto el artículo VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964), como la sección 1557 de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act) de 2010. © 2018 GlobalHealth, Inc.

Prevenir errores médicos

Los errores médicos continúan siendo una causa importante de muertes prevenibles dentro de los Estados Unidos. Si bien la muerte es la consecuencia más trágica, los errores médicos pueden también causar otros problemas tales como discapacidades permanentes, hospitalizaciones prolongadas, periodos de recuperación más largos e incluso tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también pueden generar incrementos significativos en el costo total de la atención médica. Los hospitales y los proveedores de atención médica son los responsables de la calidad en el cuidado así como de la disminución de los errores médicos por sus organismos autorizados. Usted también puede mejorar la calidad y seguridad de su propia atención médica así como la de los miembros de su familia, entendiendo más cuáles son sus riesgos y conociéndolos a fondo. Siga los siguientes pasos, que son muy sencillos:

1. Haga preguntas si tiene dudas o preocupaciones.

- Haga preguntas y asegúrese de que entiende las respuestas.
- Elija a un doctor con el que se sienta cómodo hablando.
- Lleve con usted a un pariente o amigo para que le ayude a tomar notas, hacer preguntas y entender las respuestas.

2. Conserve una lista de todos los medicamentos que toma y llévela a la consulta.

- Lleve los medicamentos físicamente o entregue a su doctor y farmacéutico una lista de todas las medicinas y la dosis que usted toma, incluyendo los medicamentos que no requieren de prescripción médica, así como los suplementos alimenticios.
- Informe a su doctor y farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, comida o cualquier otro tipo de alergias, como por ejemplo al látex.
- Pregunte sobre cualquier riesgo o efectos secundarios de un medicamento y qué debe evitar mientras lo está tomando. Asegúrese de escribir todo lo que su doctor o farmacéutico le dicen.
- Asegúrese de que su medicina es lo que su doctor le recetó. Pregunte al farmacéutico cualquier duda que tenga sobre el medicamento, si tiene una apariencia distinta a la que usted esperaba.
- Cuando reciba su medicina, lea la etiqueta y la información para el paciente que viene en el paquete, incluyendo todas las instrucciones y advertencias.
- Aprenda a utilizar su medicamento. Ponga especial atención a las condiciones y momentos en los que su medicina debe tomarse o no.
- Póngase en contacto con su doctor o farmacéutico si tiene alguna duda.
- Conozca y entienda tanto el nombre genérico como el nombre comercial de su medicamento. Esto ayuda a que no tome doble dosis de un medicamento (genérico y marca comercial). También ayuda a prevenir que tome un medicamento al que usted sea alérgico.

3. Obtenga los resultados de cualquier prueba o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo obtendrá los resultados de las pruebas o procedimientos. ¿Será en persona, por teléfono, por correo o a través del portal del Plan o del proveedor?
- No dé por hecho que los resultados están bien si no los recibe en el tiempo esperado. Póngase en contacto con su proveedor de atención médica y pídale sus resultados.
- Pregunte qué implican los resultados para su cuidado médico.

4. Hable con su doctor sobre qué hospital o clínica es la más conveniente para sus necesidades de salud.

- Pregunte a su doctor qué hospital o clínica tiene el mejor cuidado, atención y resultados para su condición médica, si usted cuenta con más de un hospital o clínica dentro de sus posibilidades de elección para recibir la atención médica que requiere.
- Asegúrese de comprender las instrucciones que reciba sobre los cuidados post-operatorios y de seguimiento cuando abandone el hospital o clínica.

5. Asegúrese de comprender lo que ocurrirá si requiere cirugía.

- Asegúrese de que usted, su doctor y su cirujano están todos de acuerdo en lo que se le hará exactamente durante la operación.
- Pregunte a su doctor, “¿Quién se hará cargo de mi cuidado mientras esté en el hospital?”
- Pregunte a su cirujano:
 - “¿Exactamente qué será lo que me hará?”

- "¿Alrededor de cuánto tiempo tomará la intervención?"
- "¿Qué sucederá después de la cirugía?"
- "¿Qué debo esperar durante la recuperación?"
- Informe al cirujano, anestesiólogo y enfermeras sobre cualquier alergia, reacciones negativas a la anestesia así como cualquier medicamento o suplemento alimenticio que esté tomando.

Enlaces sobre seguridad del paciente

Para mayor información sobre seguridad del paciente, por favor visite:

- www.jointcommission.org/speakup.aspx. The Joint Commission's Speak Up™ patient safety program. (programa de seguridad del paciente de la comisión conjunta que habla sin reservas)
- www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. La comisión conjunta ayuda a las organizaciones de atención médica a mejorar la calidad y seguridad de los cuidados que ofrecen.
- www.ahrq.gov/patients-consumers/. La agencia para la calidad e investigación en la atención médica, brinda información sobre seguridad del paciente, elección de proveedores de atención médica de calidad así como el impulso en la calidad de los servicios que recibe.
- www.npsf.org. La fundación nacional para la seguridad del paciente posee información sobre cómo garantizar una atención médica segura para usted y para su familia.
- www.bemedwise.org. El consejo nacional sobre educación e información del paciente está dedicado a mejorar la comunicación sobre el uso seguro y adecuado de medicamentos.
- www.leapfroggroup.org. El grupo Leapfrog es un activo promotor de las prácticas seguras en la atención hospitalaria.
- www.ahqa.org. La asociación norteamericana de calidad en la salud representa a organizaciones y a profesionales de la atención médica que trabajan para mejorar la seguridad del paciente.

Condiciones prevenibles, adquiridas en la atención médica –Eventos que nunca deberían suceder (“Never Events”)

Cuando usted es hospitalizado para ser tratado por un problema médico, no espera salir del hospital con lesiones adicionales, infecciones u otro tipo de enfermedades o condiciones serias que pudieran ocurrir durante su estancia. Aun y cuando algunas de estas complicaciones no podrían haberse evitado, los pacientes sí llegan a sufrir de lesiones o enfermedades que podrían haberse prevenido si los doctores o el hospital hubiesen tomando las debidas precauciones. Los errores en la atención médica que sean claramente identificables, prevenibles y que tengan consecuencias serias para los pacientes, pueden ser indicadores de un problema significativo en la seguridad y credibilidad de una institución o centro de atención médica. Estos errores y condiciones son en ocasiones llamadas “Never Events” (eventos que nunca deberían suceder) o “Serious Reportable Events” (acontecimientos graves denunciados).

Nosotros contamos con una póliza de pago de beneficios que fomenta y anima a los hospitales a reducir la probabilidad de que existan condiciones adquiridas dentro del hospital, tales como, ciertas infecciones, úlceras por presión o decúbito severas y fracturas, así como a reducir el número de errores médicos que jamás deberían de ocurrir. Cuando esto suceda, ni usted ni su Plan FEHB deberán de cubrir ningún costo para corregir dicho error médico.

No se le cobrará por los servicios hospitalarios relacionados con el tratamiento de ciertas condiciones adquiridas dentro del hospital o por servicios hospitalarios necesarios para corregir dichos eventos, siempre y cuando usted haga uso de los proveedores preferenciales de GlobalHealth. Esta póliza ayuda a protegerlo de errores médicos prevenibles y a mejorar la calidad del cuidado que usted recibe.

Información FEHB

Información sobre la cobertura

- **No hay limitaciones por condiciones preexistentes**

No negaremos la cobertura por el tratamiento de una condición médica que usted haya padecido desde antes de haberse afiliado a este Plan, por el simple hecho de que usted ya presentara dicho padecimiento o condición antes de su inscripción.
- **Cobertura esencial básica (MEC)**

La cobertura dentro de este Plan califica como “Cobertura esencial básica” (MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA). Por favor consulte la página de Internet del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service -IRS) en: www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para obtener mayor información sobre los requerimientos individuales de la “Cobertura esencial básica” (MEC).
- **Valor estándar mínimo**

Nuestra cobertura de salud cumple con el valor estándar mínimo del 60%, establecido por la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA). Esto quiere decir que proporcionamos los beneficios que cubren al menos el 60% de los costos totales permitidos para los beneficios de salud esenciales. Este estándar del 60% es un valor actuarial; sus costos por desembolso directo se explican y establecen en este folleto.
- **Dónde puede obtener información sobre la inscripción en el Programa FEHB**

Consulte: www.opm.gov/healthcare-insurance para obtener información sobre la inscripción, al igual que:

 - Información sobre los Planes y Programa FEHB que están disponibles para usted
 - Una herramienta de comparación de Planes de salud
 - Una lista de agencias que participan en Employee Express (empleados express)
 - El enlace a Employee Express
 - Información y enlaces relacionados con otros sistemas de inscripción electrónica

Asimismo, su oficina de empleo o jubilación puede responder todas sus dudas y ofrecerle folletos de otros Planes así como otros materiales que pueda necesitar para tomar una decisión informada sobre su cobertura FEHB. Estos materiales le dirán:

 - Cuándo puede cambiar su inscripción
 - Cómo puede cubrir a sus familiares
 - Qué sucede cuando se transfiere a otra agencia federal, se va de vacaciones o permiso sin paga, entra al servicio militar o se jubila
 - Qué sucede cuando su inscripción termina
 - Cuándo comienza el siguiente periodo abierto para inscripciones

Nosotros no determinamos quién es elegible para cobertura y, en la mayoría de los casos, no podemos modificar su estado o nivel de afiliación sin contar con la información de su oficina de empleo o jubilación. Para obtener información sobre las deducciones de su prima, también deberá ponerse en contacto con la oficina de empleo o jubilación.
- **Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia**

La cobertura para “Usted únicamente” (Self Only) es sólo para usted. La cobertura para “Usted más una persona” (Self Plus One) es una afiliación que lo cubre a usted y a un miembro de su familia elegible. La cobertura “Usted y su familia (Self and Family) es para usted, su esposo o esposa y todos sus hijos dependientes de menos de 26 años de edad, incluyendo cualquier hijo adoptivo autorizado por su oficina de empleo o jubilación para ser cubierto. Bajo ciertas circunstancias, también podrá continuar la cobertura de un hijo discapacitado de 26 años de edad o mayor, que sea incapaz de mantenerse a sí mismo.

Si usted cuenta con una inscripción Self Only (usted únicamente), puede cambiarla a Self and Family (usted y su familia) o Self Plus One (usted más una persona), si se casa, da a luz o aumenta un hijo a su familia. Usted puede modificar su inscripción en un periodo de 31 días antes a 60 días después de dicho evento.

La inscripción Self and Family (usted y su familia) o Self Plus One (usted más una persona) comienzan el primer día del periodo de pago en el que el bebé haya nacido o se haya convertido en un familiar elegible. Cuando usted se cambia a Self and Family (usted y su familia) o Self Plus One (usted más una persona) debido a que se casó, el cambio se hace efectivo el primer día del periodo de pago que comienza después de que su oficina de empleo recibe su formulario de inscripción. Los beneficios no estarán disponibles para su esposo o esposa hasta que se casen.

Su oficina de empleo o jubilación **no** le notificará cuando un miembro de su familia deje de ser elegible para recibir beneficios, nosotros tampoco lo haremos. Por favor infórmenos inmediatamente cualquier cambio en la condición o estatus de un miembro de la familia, incluyendo matrimonio, divorcio, anulación o cuando su hijo cumpla los 26 años de edad.

Si usted o sus familiares están inscritos en un Plan FEHB, esa persona no podrá afiliarse o estar bajo cobertura como familiar en otro Plan FEHB.

Si usted atraviesa por un acontecimiento de vida que califique (qualifying life event -QLE) – tal como matrimonio, divorcio, el nacimiento de un hijo, fuera del periodo abierto de inscripciones para Beneficios Federales (Federal Benefits Open Season), usted puede ser elegible para acceder al Programa FEHB, modificar su inscripción o cancelar la cobertura. Para obtener una lista completa de los acontecimientos de vida que califican (QLEs), visite el sitio de Internet de FEHB: www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con su agencia de empleo, con el Oficial De Beneficios Tribales, la oficina de pagos/personal o la oficina de jubilación.

- **Cobertura para familiares**

Los familiares cubiertos bajo la inscripción Self and Family (usted y su familia) son su esposa o esposo (incluyendo un matrimonio válido de derecho consuetudinario) así como los hijos, tal y como se detalla en la siguiente tabla. Una inscripción Self Plus One (usted más una persona) lo cubre a usted y a su esposo o esposa o bien a un familiar elegible, tal y como se detalla en la siguiente tabla.

Hijos	Cobertura
Hijos naturales, hijos adoptivos e hijastros	Los hijos naturales, adoptados e hijastros están cubiertos hasta el día en que cumplan 26 años.
Hijos de crianza (foster children)	Los hijos de crianza son elegibles para la cobertura hasta el día en que cumplan 26 años, si usted proporciona la documentación en la que se asiente el apoyo sustancial y de manera regular que usted ofrece a ese niño y firma un certificado en el que declare que su hijo de crianza (foster child) cumple con todos los requisitos. Póngase en contacto con la oficina de recursos humanos o con el sistema de jubilación para obtener mayor información.
Hijos incapaces de ser auto-suficientes	Los hijos que son incapaces de ser auto-suficientes debido a una discapacidad física o mental que comenzó antes de los 26 años, son candidatos elegibles para continuar protegidos bajo la cobertura. Póngase en contacto con su oficina de recursos humanos o sistema de jubilación para obtener información adicional.
Hijos casados	Los hijos casados (pero NO su cónyuge ni sus propios hijos) están cubiertos hasta el día en que cumplan 26 años.
Hijos que cuentan con un seguro médico proporcionado por su patrón o bien que son candidatos elegibles para obtenerlo	Los hijos que son elegibles o que cuentan con su propio seguro médico proporcionado por su patrón, están cubiertos hasta el día en que cumplan 26 años.

Los recién nacidos de los hijos que están cubiertos, están asegurados únicamente por los cuidados de rutina en la sala de cuna durante el periodo de cobertura de la estancia de la madre por maternidad.

Usted puede encontrar información adicional en la siguiente dirección: www.opm.gov/healthcare-insurance

- **Ley de equidad para los Hijos (Children’s Equity**

La oficina de administración de personal (OPM) ha implementado la Ley de equidad de beneficios en materia de salud para los hijos de empleados federales del año 2000. Esta ley exige que usted esté

Act)

inscrito en una cobertura Self Plus One (usted más una persona) o Self and Family (usted y familia) dentro del Programa FEHB, si usted es un empleado sujeto a una orden administrativa o judicial que le exige beneficios de salud para su(s) hijo(s).

Si esta ley aplica para usted, deberá inscribirse en una cobertura Self Plus One (usted más una persona) o Self and Family (usted y familia) dentro de un Plan de salud que proporcione beneficios completos en el área en la que sus hijos viven o bien deberá proporcionar a su oficina de empleo, la documentación necesaria para comprobar que usted ha obtenido otras coberturas de beneficios en materia de salud para sus hijos. Si no lo hace, su oficina de empleo lo inscribirá de manera involuntaria, de la siguiente manera:

- Si usted no cuenta con una cobertura FEHB, su oficina de empleo lo inscribirá en una cobertura Self Plus One (usted más una persona) o Self and Family (usted y familia), según corresponda, en la opción básica del Plan Blue Cross y Blue Shield Service Benefit (servicios y beneficios Blue Shield);
- Si usted cuenta con una inscripción en la cobertura Self Only (usted únicamente), en un Plan de pago por servicio prestado o en una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization – HMO) que preste sus servicios en el área en la que sus hijos viven, su oficina de empleo cambiará su inscripción a una cobertura Self Plus One (usted más una persona) o Self and Family (usted y familia), según corresponda, en la misma opción del mismo Plan; o
- Si usted está inscrito en una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization – HMO) que no preste sus servicios en el área en la que sus hijos viven, su oficina de empleo cambiará su inscripción a una cobertura Self Plus One (usted más una persona) o Self and Family (usted y familia), según corresponda, en la opción básica del Plan Blue Cross y Blue Shield Service Benefit.

Siempre y cuando una orden judicial/administrativa esté vigente y usted tenga en dicha orden, al menos un hijo identificado y que sea elegible dentro del Programa FEHB, usted no podrá cancelar su afiliación, cambiar a la cobertura Self Only (usted únicamente) o cambiar a un Plan que no ofrezca servicio en el área en que su hijo vive, a menos que proporcione la documentación correspondiente que demuestre que usted cuenta con otra cobertura para su(s) hijo(s).

Si la orden judicial/administrativa sigue vigente cuando usted se jubile y usted aun cuenta con un hijo que sigue siendo elegible para la cobertura FEHB, usted deberá continuar con su cobertura FEHB durante la jubilación (siempre y cuando sea elegible) y no podrá cancelar su cobertura, cambiar a la cobertura Self Only (usted únicamente) o cambiar a un Plan que no ofrezca servicio en el área en que su hijo vive, mientras la orden judicial/administrativa siga en vigor. De igual manera, usted no podrá cambiar a la cobertura Self Plus One (usted más una persona) si la orden judicial/administrativa identifica a más de un hijo. Póngase en contacto con su oficina de empleo para obtener mayor información.

• **Cuando comienzan las primas y los beneficios**

Los beneficios incluidos en este folleto son efectivos a partir del 1° de enero. Si usted se unió a este Plan durante el periodo abierto para inscripciones (Open Season), su cobertura comenzará el primer día de su primer periodo pagado, que comienza el 1° de enero o después de esa fecha. **Si usted cambia de Plan o de primas dentro del Plan durante el periodo abierto para inscripciones (Open Season) y recibe algún tipo de cuidado o atención entre el 1° de enero y la fecha efectiva de cobertura dentro de su nuevo Plan o prima, sus reclamos le serán pagados de acuerdo a los beneficios del año 2018, contenidos en su antiguo Plan o prima.** Sin embargo, si su antiguo Plan salió del programa FEHB al final del año, usted estará cubierto dentro de los beneficios del Plan 2017 hasta la fecha efectiva de cobertura de su nuevo Plan. La cobertura y las primas de los pensionados (Annuities) comienzan el 1° de enero. Si usted se unió en cualquier otro momento durante el año, su oficina de empleo le comunicará su fecha efectiva de cobertura.

Si su inscripción continúa después de que ya no se le considera elegible para contar con una cobertura (p.ej., usted ha dejado el servicio federal) y las primas no son cubiertas, usted será responsable por todos los beneficios pagados durante el periodo en el que las primas no fueron cubiertas. Usted podrá recibir las facturas que deberá pagar por los servicios recibidos, directamente de su proveedor. Usted podrá ser procesado por fraude si, de manera intencional y consciente, utiliza los beneficios de su seguro de salud sin haber pagado las primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de su familia ya no pueden ser considerados elegibles para hacer uso de la cobertura del seguro de gastos médicos.

• **Cuando usted se retire**

Cuando usted se retire, por lo general podrá permanecer en el Programa FEHB. En la mayoría de los

casos, usted deberá de haber sido miembro el Programa FEHB durante los últimos cinco años en que ha permanecido en el servicio federal.

Si usted no cumple con este requisito, usted podrá ser elegible para otros tipos de cobertura, tal y como la continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage -TCC).

Cuando usted pierde beneficios

- **Cuando la cobertura FEHB termina**

Usted recibirá una cobertura adicional de 31 días sin necesidad de cubrir una prima adicional, cuando:

- Su inscripción termine, a menos de que usted haya cancelado la misma; o
- Usted es un familiar que ya no se considera elegible para contar con una cobertura

Cualquier persona, cubierta por una extensión de cobertura de 31 días, que se encuentre hospitalizada o internada en una institución para recibir tratamiento o atención médica, el día 31 de la extensión temporal tendrá derecho a continuar gozando de los beneficios del Plan durante el tiempo en que continúe internado pero no más allá del día 60 a partir de la fecha en que haya terminado la extensión temporal de 31 días.

Usted puede ser elegible para contar con una cobertura de equidad para el cónyuge (spouse equity coverage) o con ayuda para inscribirse en una póliza de reconversión (una póliza individual fuera del programa FEHB).

- **En caso de divorcio**

Si usted está divorciado de un empleado federal o pensionado, existe la probabilidad de que ya no pueda conservar los beneficios dentro de la inscripción de su ex cónyuge. Tal es el caso, incluso cuando el juez ha ordenado a su ex cónyuge que le proporcione a usted una cobertura de gastos médicos. Sin embargo, usted podrá ser elegible para contar con su propia cobertura FEHB ya sea mediante la ley de equidad para el cónyuge (spouse equity law) o con una continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage -TCC). Si usted se ha divorciado recientemente o está próximo a divorciarse, póngase en contacto con la oficina de empleo o jubilación de su ex cónyuge para obtener mayor información sobre sus opciones de cobertura. También puede visitar la página de la oficina de administración de personal (OPM): <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/>.

- **Continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage - TCC)**

Si usted abandona el servicio federal, un empleo tribal o si pierde su cobertura porque ya no califica como familiar, usted podría ser elegible para contar con una continuación temporal de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage -TCC). La Ley de cuidado de la salud asequible (The Patient Protection and Affordable Care Act -ACA) no eliminó la continuación temporal de la cobertura (TCC) ni cambió las reglas de dicha cobertura TCC. Por ejemplo, usted puede recibir la cobertura TCC si no es capaz de continuar con su afiliación al FEHB después de su jubilación, si pierde su empleo federal o tribal, si es usted un hijo dependiente con cobertura y cumple los 26 años, etc.

Usted no podrá elegir la continuación temporal de la cobertura (TCC) si lo despiden de su empleo federal o tribal debido a una falta de conducta grave.

Para inscribirse en la cobertura TCC: obtenga de su oficina de empleo o jubilación, el RI 79-27 que describe la TCC, o bien obténgalo en: www.opm.gov/healthcare-insurance. Ahí se explica lo que debe hacer para inscribirse.

Como alternativa, usted puede también comprar su cobertura a través del mercado de seguros de salud (Health Insurance Marketplace) en el que, dependiendo de su ingreso, podrá ser candidato a obtener un nuevo tipo de crédito fiscal que disminuye sus primas mensuales. Visite la página: www.HealthCare.gov para comparar los Planes y analizar cuál sería su prima, deducible y límite de desembolso directo, antes de que tome la decisión de inscribirse en un Plan específico. Finalmente, si usted califica para contar con una cobertura en el marco de otro Plan de salud grupal distinto (tal y como el Plan de su cónyuge), usted podría inscribirse en dicho Plan, siempre y cuando realice la solicitud dentro de los 30 días a partir de que perdió el Programa de cobertura FEHB.

- **Buscando una cobertura de reemplazo**

Si usted abandona el servicio federal o un empleo tribal, su oficina de empleo le notificará sus derechos para cambiar de Plan o convertirse. Deberá ponerse en contacto con nosotros, por escrito, en un lapso de 31 de días a partir de que recibió esta notificación. Sin embargo, si usted es un miembro de familia que está perdiendo la cobertura, la oficina de empleo o de retiro no se lo notificará. Usted deberá ponerse en contacto con nosotros, por escrito, en un lapso de 31 de días a partir del momento en que deje de ser elegible para la cobertura.

Sus beneficios y tarifas diferirán de los que ofrece el Programa FEHB; sin embargo, no tendrá que responder preguntas sobre su salud, no se le impondrá un periodo de espera y su cobertura no se verá limitada debido a condiciones pre-existentes. Cuando usted se ponga en contacto con nosotros, le ayudaremos a obtener información sobre la cobertura de beneficios de salud dentro o fuera del mercado de seguros de salud, en el marco de la Ley de cuidado de la salud asequible (Affordable Care Act's Health Insurance Marketplace) en su estado. Para obtener asistencia en la búsqueda de cobertura, por favor póngase en contacto con nosotros al teléfono: 877-280-2989 o visite nuestra página de Internet en la siguiente dirección: www.GlobalHealth.com/fehb.

- **Mercado de seguros de salud** Si a usted le gustaría adquirir un seguro de salud a través del mercado de seguros de salud, en el marco de la Ley de cuidado de la salud asequible, por favor visite la página www.HealthCare.gov. Este es un sitio de Internet proporcionado por el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos que ofrece información actualizada sobre el mercado.

Sección 1. Cómo funciona este plan

Este Plan es una organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization – HMO). La oficina de administración de personal (OPM) exige que los Planes FEHB estén acreditados para validar que las operaciones del Plan y/o la administración de la atención médica cumplan con las normas y estándares reconocidos a nivel nacional. GlobalHealth cuenta con las siguientes acreditaciones: Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance). Para conocer más sobre las acreditaciones de este Plan, por favor visite la siguiente página de Internet: Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance www.ncqa.org). Le exigimos que vea a los médicos específicos, hospitales y otros proveedores que tienen contrato con nosotros. Los proveedores de este Plan son quienes coordinan sus servicios de atención médica. Nosotros únicamente somos responsables de la selección de dichos proveedores en su área. Póngase en contacto con nosotros para obtener una copia de nuestro directorio más reciente de proveedores. Le ofrecemos alternativas de inscripción en la opción estándar o en la opción elevada. Usted será responsable del costo de la atención médica, si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, a menos de que sean emergencias médicas.

Las HMO hacen hincapié en el cuidado preventivo tal y como visitas de rutina a consultorios, exámenes físicos, atención del bebé sano e inmunizaciones, así como tratamiento para lesiones y enfermedades. Nuestros proveedores siguen una práctica médica generalmente aceptada cuando prescriben cualquier línea de tratamiento.

Cuando usted recibe servicios de los proveedores dentro del Plan, no tendrá que presentar formularios de reclamo o facturas. Usted paga únicamente los copagos, coaseguros y deducibles descritos en este folleto. Cuando usted recibe servicios de emergencia de proveedores que no forman parte del Plan, es probable que deba presentar formularios de reclamo.

Usted deberá unirse a una HMO porque prefiere los beneficios del plan y no porque está disponible un proveedor en particular. Usted no puede cambiar Planes debido al hecho de que un proveedor haya abandonado nuestro Plan. Nosotros no podemos garantizar que un médico, hospital u otro proveedor estarán disponibles y/o permanecerán dentro de nuestro contrato.

Características generales de nuestras opciones elevadas y estándar

El plan de opción elevada FEHB de Global Health ofrece no pagar deducibles y ambas opciones, tanto la elevada como la estándar, tienen un sistema de copago en pocos beneficios que cuentan con un coaseguro. Esto quiere decir que usted sabe exactamente lo que va a pagar porque conoce exactamente cuáles son los copagos. Debido a que no hay deducible en la opción elevada, usted comenzará a pagar los copagos únicamente a partir del primer punto de servicio. Para los beneficios que cuentan con un coaseguro (equipo médico durable, prótesis y aparatos ortopédicos que no requieren cirugía para ser colocados, prótesis auditivas y medicamentos especializados), usted paga un porcentaje de la cantidad permitida.

Cómo les pagamos a los proveedores

Nosotros celebramos un contrato o convenio con médicos independientes, grupos médicos y hospitales para proporcionar los beneficios de este folleto. Estos proveedores del Plan, aceptan un pago negociado de nuestra parte y usted será responsable únicamente de su reparto de costos (copagos, coaseguro, deducibles y servicios y suministros no cubiertos).

Servicios de cuidados preventivos

Los servicios de cuidados preventivos están generalmente cubiertos sin necesidad de recurrir al reparto de costos y no están sujetos a copagos, deducibles o límites anuales cuando son proporcionados por un proveedor de la red.

Deducible anual

El deducible anual debe ser cubierto antes de que los beneficios de atención médica dentro del Plan hayan sido pagados, (con la excepción de los servicios de cuidado preventivo, médico de cabecera, especialista, laboratorio/rayos x, consultas relacionadas con la salud del comportamiento y medicamentos bajo prescripción médica) dentro de nuestra opción estándar.

Protección para los desastres

Nosotros le protegemos en contra de gastos por desembolso directo en caso de desastre o catástrofe, para los servicios cubiertos. El IRS limita los gastos anuales por desembolso directo para los servicios cubiertos, incluyendo deducibles, copagos y coaseguros a no más de \$7,350 para la cobertura Self Only (usted únicamente), o \$14,700 para la cobertura Self Plus One (usted más una persona) o Self and Family (usted y familia). Los límites de su Plan específico pueden variar.

Sus derechos y responsabilidades

La oficina de administración de personal (OPM) exige que todos los Planes FEHB proporcionen determinada información a sus miembros FEHB. Usted puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. El sitio de internet de la oficina de administración de personal de FEHB: www.opm.gov/healthcare-insurance enlista el tipo de información específica que debemos de facilitarle. Una parte de dicha información, se encuentra en la lista a continuación.

- **GlobalHealth es una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization – HMO) que opera desde**

el año 2003.

- **GlobalHealth es una organización lucrativa.**

Usted tiene también derecho a una amplia variedad de protecciones del consumidor y adquiere responsabilidades específicas como miembro de este Plan. Puede consultar la lista completa de estos derechos y responsabilidades si visita nuestra página, en la siguiente dirección: www.GlobalHealth.com/fehb. De la misma manera, puede ponerse en contacto con nosotros o solicitar que le enviemos por correo una copia. Los derechos y responsabilidades de los miembros, así como la declaración de derechos del paciente (Patient Bill of Rights), se encuentran en nuestro portal.

Si requiere mayor información sobre nosotros, llame al: 877-280-2989, o escriba a: P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393. Puede usted también visitar nuestra página: www.GlobalHealth.com/fehb.

Por ley, usted tiene derecho de acceder libremente a su información clínica personal (personal health information -PHI). Para mayor información con respecto al acceso a su información clínica personal (PHI), visite nuestra página: www.GlobalHealth.com/fehb para obtener nuestro aviso de prácticas de privacidad (Notice of our Privacy Practices). De la misma manera, puede ponerse en contacto con nosotros o solicitar que le enviemos por correo una copia de dicho aviso (Notice).

Su expediente clínico y el registro de reclamaciones son confidenciales

Nosotros conservaremos la confidencialidad de su expediente clínico así como del registro de reclamaciones. Por favor, tome en cuenta que es posible que revelemos su información clínica y de reclamos (incluyendo el uso de medicamentos bajo prescripción médica) a cualquiera de sus médicos tratantes o farmacias de distribución.

Área de servicio

Para inscribirse a este plan, usted debe vivir o trabajar en nuestra área de servicio. Es decir, el lugar en donde nuestros proveedores ofrecen sus servicios. Nuestra área de servicio incluye a los siguientes condados en su totalidad: **condados de Adair, Alfalfa, Atoka, Beaver, Beckham, Blaine, Bryan, Caddo, Canadian, Carter, Cherokee, Choctaw, Cimarron, Cleveland, Coal, Comanche, Cotton, Craig, Creek, Custer, Delaware, Dewey, Ellis, Garfield, Garvin, Grady, Grant, Greer, Harmon, Harper, Haskell, Hughes, Jackson, Jefferson, Johnston, Kay, Kingfisher, Kiowa, Latimer, Le Flore, Lincoln, Logan, Love, Major, Marshall, Mayes, McClain, McCurtain, McIntosh, Murray, Muskogee, Noble, Nowata, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Ottawa, Pawnee, Payne, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Pushmataha, Roger Mills, Rogers, Seminole, Sequoyah, Stephens, Texas, Tillman, Tulsa, Wagoner, Washington, Washita, Woods y Woodward.**

Habitualmente, usted recibirá atención médica de los proveedores con los que nosotros tengamos un contrato firmado. Si usted recibe atención fuera de nuestra área de servicio, le pagaremos únicamente por los beneficios relacionados con atención urgente o de emergencia. No le pagaremos ningún otro servicio de atención médica que sea proporcionado fuera de nuestra área de servicio, a menos de que dichos servicios hayan contado con una aprobación previa dentro del Plan.

Si usted o un familiar cubierto se trasladaran fuera de nuestra área de servicio, podrían inscribirse en otro Plan. Si sus dependientes viven fuera del área (por ejemplo, si su hijo se va a la Universidad en otro estado), usted deberá considerar la inscripción en un Plan de tarifa o pago por servicio o bien en una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization – HMO) que cuente con acuerdos con afiliados en otras áreas. Si usted o un familiar se mudan, no es necesario que espere hasta el periodo abierto de inscripciones (Open Season) para cambiar los Planes. Póngase en contacto con su oficina de empleo o jubilación.

Sección 2. Cambios para 2018

No confíe completamente en las siguientes descripciones de cambio; esta sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulte la sección 5 sobre beneficios. De la misma manera, hemos editado y simplificado el lenguaje a lo largo del folleto; cualquier cambio en el lenguaje que no se muestre aquí, es una aclaración que no modifica los beneficios.

Cambios para este Plan

- Cambiaremos al administrador de los beneficios farmacéuticos a partir del 1° de enero de 2018. Magellan Rx Management, LLC conservará la red de farmacias y procesará los reclamos de medicamentos bajo prescripción médica.
- Agregaremos cobertura para mamografías en tercera dimensión por un costo de \$0 (nada). Consulte la página 30.
- Disminuiremos el reparto de costos para los análisis del comportamiento aplicado, proporcionados en casa por un costo de \$0 (nada). Consulte la página 36.
- Eliminaremos las restricciones de edad así como el límite máximo anual de \$25,000 dólares para los análisis del comportamiento aplicado. Consulte la página 36.
- Disminuiremos el reparto de costos para anteojos o lentes de contacto básicos para corregir deficiencias resultado de lesiones oculares accidentales o de una cirugía intraocular. Se eliminará la asignación máxima de \$100. Consulte la página 38.
- Modificaremos el reparto de costos para pelucas en casos de pérdida de pelo debido a tratamientos contra el cáncer, a un copago de \$15. Consulte la página 40.
- Disminuiremos el límite a una peluca sintética por año. Consulte la página 40.
- Eliminaremos el límite de edad para corregir anomalías congénitas cuando existe un defecto de tipo funcional. Consulte la página 47.
- Disminuiremos el copago para suministros para diabéticos a \$0 (nada). Consulte la página 71.
- Disminuiremos el copago de estatinas para prevención primaria de la enfermedad cardiovascular para adultos en edades de 40 a 75 años sin antecedente alguno de enfermedad cardiovascular (CVD), uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular así como un riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, calculado a diez años del 10% o más tomando medicamentos bajo prescripción médica a \$0 (nada). Consulte la página 72.
- Disminuiremos el reparto de costos máximo para medicamentos de quimioterapia oral en suministro de 30 días a un máximo de \$100. Consulte las páginas 69 y 70.
- Eliminaremos los límites de edad para anestesia dental. Consulte la página 74.
- Agregaremos un programa para la prevención de la diabetes con un costo de \$0 (nada). Consulte la página 78.

Cambios para la opción elevada únicamente

- Su cuota para la prima aumentará para la cobertura Self Only (usted únicamente), Self Plus One (usted más una persona) y Self and Family (usted y familia). Consulte la página 104.
- Agregaremos la cobertura para terapia hiperbárica con oxígeno con un reparto de costos de \$50 por visita. Consulte la página 35.
- Modificaremos el copago para el programa intensivo para pacientes ambulatorios a \$35 por consulta durante las primeras 10 consultas durante el transcurso del tratamiento, después no habrá copago durante el resto del tratamiento desde \$35 cada tratamiento. Consulte la página 65.
- Tendremos una red de farmacias y no redes preferenciales y no preferenciales. Consulte las páginas 69 y 70. Como resultado de ello, los copagos por nivel, enlistados a continuación, cambian de la siguiente manera:
 - Suministro para 30 días – nivel uno (Tier One) - \$4/\$12 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel dos (Tier Two) - \$50 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel tres (Tier Three) - \$80 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel cuatro (Tier Four) - 10% de coaseguro hasta un máximo de \$150 en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel cinco (Tier Five) - 10% de coaseguro hasta un máximo de \$250 en una farmacia de la red
 - Suministro para 90 días – nivel uno (Tier One) - \$8/\$24 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 90 días – nivel dos (Tier Two) - \$125 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 90 días – nivel tres (Tier Three) - \$240 de copago en una farmacia de la red

Cambios para la opción estándar únicamente

- Su cuota para la prima aumentará para la cobertura Self Only (usted únicamente), Self Plus One (usted más una persona) y Self and Family (usted y familia). Consulte la página 104.
- Agregaremos la cobertura para terapia hiperbárica con oxígeno con un reparto de costos de \$60 por visita. Consulte la página 35.
- Modificaremos el copago para el programa intensivo para pacientes ambulatorios a \$45 por consulta durante las primeras 10 consultas durante el transcurso del tratamiento, después no habrá copago durante el resto del tratamiento desde \$45 cada tratamiento. Consulte la página 65.
- Tendremos una red de farmacias y no redes preferenciales y no preferenciales. Consulte las páginas 69 y 70. Como resultado de ello, los copagos por nivel, enlistados a continuación, cambian de la siguiente manera:
 - Suministro para 30 días – nivel uno (Tier One) - \$6/\$15 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel dos (Tier Two) - \$70 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel tres (Tier Three) - \$105 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel cuatro (Tier Four) - 10% de coaseguro hasta un máximo de \$200 en una farmacia de la red
 - Suministro para 30 días – nivel cinco (Tier Five) - 10% de coaseguro hasta un máximo de \$300 en una farmacia de la red
 - Suministro para 90 días – nivel uno (Tier One) - \$12/\$30 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 90 días – nivel dos (Tier Two) - \$150 de copago en una farmacia de la red
 - Suministro para 90 días – nivel tres (Tier Three) - \$270 de copago en una farmacia de la red

Sección 3. Cómo obtener cuidado

Credenciales de identificación	<p>Nosotros le enviaremos una credencial de identificación (ID) cuando se inscriba. Usted deberá llevar dicha credencial en todo momento. Deberá mostrarla siempre que reciba los servicios de un proveedor del Plan, o en el momento de adquirir medicamentos bajo prescripción médica en una farmacia. Hasta el momento en que usted reciba su credencial de identificación, utilice una copia de su formulario de elección de beneficios de salud (Health Benefits Election Form SF-2809), su carta de confirmación de inscripción al programa de beneficios de salud (para pensionados) o su carta de confirmación del sistema de inscripción electrónico (tal y como Employee Express).</p> <p>Si usted no recibe su credencial de identificación en un periodo de 30 días después de la fecha efectiva de su inscripción o si requiere credenciales de repuesto, llámenos al: 877-280-2989 o escribanos a: P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393. También puede solicitar credenciales de repuesto a través de nuestra página de Internet: www.GlobalHealth.com/fehb.</p>
En dónde obtiene atención cubierta	<p>Usted recibe atención de los “proveedores del Plan” (“Plan providers”) y de las “instalaciones del Plan” (“Plan facilities”). Usted únicamente pagará deducibles (en la opción estándar únicamente), copagos, y/o coaseguro.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Proveedores del Plan	<p>Los proveedores del Plan son médicos y otros profesionales de la atención médica y de salud que se encuentran en nuestra área de servicio y que contratamos para que proporcionen servicios cubiertos a nuestros miembros. Nosotros certificamos a los proveedores del Plan de acuerdo a las normas y estándares nacionales.</p> <p>Contamos con una lista de los proveedores del Plan en el directorio de proveedores, el cual actualizamos de manera periódica. Esta lista se encuentra también en nuestra página de Internet.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Instalaciones del Plan	<p>Las instalaciones del Plan son los hospitales y otros centros en nuestra área de servicio que contratamos para ofrecer servicios cubiertos a nuestros miembros. Contamos con una lista de ellos en nuestro directorio de proveedores, el cual actualizamos de manera periódica. Esta lista se encuentra también en nuestra página de Internet.</p>
Lo que debe hacer para obtener atención cubierta	<p>Esto dependerá del tipo de atención y cuidados que usted requiera. En primer lugar, usted y cada uno de los miembros de su familia deberán elegir un médico de cuidados básicos (primary care physician). Esta decisión es importante pues su médico de cuidados básicos será quien proporcione o gestione la mayoría de los servicios y cuidados de atención médica y de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Cuidados básicos	<p>Usted puede elegir a un médico de cuidados básicos llamando al número de atención al cliente: 877-280-2989 o en nuestra página de Internet: www.GlobalHealth.com/fehb.</p> <p>Cuando usted se inscribe, usted elige a un médico de cuidados básicos (PCP) dentro de la red de proveedores de GlobalHealth. Cada miembro de la familia deberá elegir a un médico de cuidados básicos diferente, incluyendo a un pediatra para los niños. Su médico de cuidados básicos puede ser un médico familiar, un internista, pediatra (para miembros menores de 18 años) o un médico general. Usted tiene completa libertad para elegir a los médicos de cuidados básicos dentro de nuestra red. Su médico de cuidados básicos le proporcionará la mayor parte de los servicios de atención médica y de salud o le dará la recomendación necesaria para ver a un especialista.</p> <p>Si usted desea cambiar a sus médicos de cuidados básicos o si su médico de cuidados básicos saliera del Plan, llámenos. Nosotros le ayudaremos a elegir uno nuevo. También le ayudaremos a elegir a un nuevo médico de cuidados básicos si necesita cambiar de un pediatra a un médico para adultos.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Cuidados especializados	<p>Su médico de cuidados básicos le recomendará a un especialista para que reciba el cuidado que necesita. Cuando usted obtenga una referencia o recomendación de su médico de cuidados básicos, deberá volver después de la consulta al especialista, con su médico de cuidados básicos, a menos de que su médico de cuidados básicos el autorice un cierto número de consultas con el especialista sin necesidad de contar con recomendaciones o referencias adicionales. El médico de cuidados básicos deberá proporcionar o autorizar todos los cuidados y atención médica de seguimiento. No acuda al especialista a consultas posteriores a menos de que su médico de cuidados básicos le otorgue una nueva recomendación. Sin embargo, usted puede auto referirse a los servicios obstétricos/ginecológicos dentro de la red, así como a exámenes de revisión para el bienestar de la mujer, mamografías de rutina, servicios de consejería sobre salud mental y del comportamiento/dependencia química, evaluaciones de terapia física, exámenes de la vista de rutina o gafas y accesorios para la vista y visitas de atención urgente, fuera de horario.</p> <p>A continuación encontrará algunas cuestiones que debe saber sobre la atención especializada:</p>

- Si usted necesita ver, frecuentemente, a un especialista debido a una enfermedad o condición crónica, compleja o grave, su médico de cuidados básicos desarrollará un plan de tratamiento que le permita ver a su especialista durante un determinado número de consultas sin la necesidad de contar con recomendaciones o referencias adicionales.

Su médico de cuidados básicos diseñará para usted su plan de tratamiento. Es probable que el médico tenga que obtener primero nuestra aprobación o autorización. Si usted está viendo a un especialista en el momento de inscribirse en el Plan, hable con su médico de cuidados básicos. Si su médico decide referirlo con un especialista, pregunte si puede ser con su actual especialista.

Si su especialista actual no participa con nosotros, usted deberá recibir tratamiento de un especialista que sí trabaje con nosotros. Generalmente, no le pagaremos las consultas a un especialista que no participe en nuestro Plan.

- Si usted está viendo a un especialista y su especialista abandona el Plan, llame a su médico de cuidados básicos y será quien haga los arreglos para que usted pueda ver a otro especialista. Es probable que reciba los servicios de su especialista actual hasta que logremos hacer los arreglos para que comience a ver a alguien más.
- Si usted padece una enfermedad crónica e incapacitante y pierde el acceso a su especialista porque nosotros:
 - terminamos nuestro contrato con su especialista por cualquier otro motivo;
 - salimos del programa de beneficios de salud para empleados federales y jubilados (FEHB) y se inscribe en otro Plan del programa FEHB; o,
 - reducimos nuestra área de servicio y usted se inscribe en otro Plan FEHB;

Usted podrá continuar viendo a su especialista hasta 90 días después de haber recibido la notificación del cambio. Póngase en contacto con nosotros o, si salimos del programa, póngase en contacto con su nuevo plan.

Si usted se encuentra en el segundo o tercer trimestre de embarazo y usted pierde el acceso a su especialista debido a las circunstancias antes mencionadas, podrá continuar viendo a su especialista hasta el final de la atención post-parto, aun y cuando esto sea más allá de los 90 días de límite.

- **Atención hospitalaria**

Su médico de cuidados básicos o especialista dentro del Plan, hará los arreglos hospitalarios necesarios y supervisará su atención y cuidados. Esto incluye la admisión a un centro de enfermería especializada o a otro tipo de centro o instalaciones.

- **Si usted es hospitalizado cuando su inscripción comienza**

Nosotros pagamos los servicios cubiertos desde la fecha efectiva de su inscripción. Sin embargo, si usted está en el hospital cuando la inscripción en nuestro Plan comienza, llame inmediatamente a nuestro departamento de atención al cliente al: 877-280-2989. Si usted es nuevo en el programa FEHB, haremos los arreglos para que usted reciba atención y le proporcionaremos los beneficios de sus servicios cubiertos mientras usted esté en el hospital, comenzando en la fecha efectiva de su cobertura.

Si usted se cambió de otro Plan FEHB para estar ahora con nosotros, su antiguo Plan pagará por su estancia en el hospital hasta:

- que usted sea dado de alta y no simplemente trasladado a un centro de cuidado alternativo;
- el día en que los beneficios de su antiguo Plan se hayan agotado; o
- el día 92 después de haberse convertido en miembro de este Plan, lo que suceda primero.

Estas disposiciones aplican únicamente a los beneficios de la persona hospitalizada. Si su Plan da por terminada la participación en el programa FEHB, en parte o en su totalidad, o si la oficina de administración de personal (OPM) ordena un cambio de inscripción, esta disposición de continuidad en la cobertura, no aplica. En esos casos, los beneficios del nuevo Plan del familiar hospitalizado comienzan en la fecha efectiva de inscripción.

- **Usted necesita aprobación previa por parte del plan para determinados servicios**

Debido a que su médico de cuidados básicos es quien gestiona las recomendaciones y referencias para los especialistas y para la hospitalización, el proceso de aprobación, antes del servicio, únicamente aplica en la atención mostrada bajo el título de “otros servicios” (other services).

Usted deberá obtener aprobación previa para determinados servicios. El incumplimiento de esto puede resultar en la no cobertura del servicio.

- **Admisión y hospitalización** **La pre certificación** es el proceso mediante el cual –previo a su admisión en el hospital – evaluamos los requerimientos médicos de su estancia propuesta y el número de días necesarios para tratar su enfermedad o condición.
- **Otros servicios** Su médico de cuidados básicos obtendrá autorización previa para cualquier atención especializada que usted pudiera requerir. GlobalHealth debe pre-autorizar todos los servicios hospitalarios y ambulatorios en un hospital o centro con los que se haya celebrado un contrato, excepto por las estancias relacionadas con el parto, la sala de emergencias, atención urgente fuera de horario, servicios gineco/obstétricos así como exámenes para el bienestar de la mujer, mamografías de rutina, servicios de consejería sobre salud mental y del comportamiento/dependencia química, evaluaciones de terapia física, exámenes de la vista de rutina o gafas y accesorios para la vista. Antes de otorgar la aprobación, consideramos si el servicio cubierto es clínicamente necesario y si sigue una práctica médica de aceptación general.

Los servicios que requieren de una pre-certificación son:

- Visitas al especialista, excepto aquellas ya mencionadas
- Pruebas de laboratorio, rayos x y otros exámenes de diagnóstico, que no son de rutina
- Escaneos especializados, imágenes y exámenes de diagnóstico
- Cuidado preventivo
 - prueba BRCA
 - prueba colorrectal (otra distinta a la prueba inmunoquímica fetal (fecal immunochemical test -FIT) o prueba de sangre oculta en heces (fecal occult blood test -FOBT))
 - equipo y suministros para la lactancia
 - esterilización voluntaria
 - prueba de aneurisma aórtico abdominal (AAA)
 - prueba de cáncer de pulmón
- Tratamiento contra la infertilidad
- Quimioterapia, radiación, diálisis, terapia de infusión, terapia con la hormona del crecimiento
- Análisis conductual aplicado
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje
- Rehabilitación cardíaca
- Prótesis auditivas e implantes de dispositivos relacionados con el oído
- Prótesis y aparatos ortopédicos
- Equipo médico duradero
- Suplementos para diabéticos
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Cuidado quiropráctico
- Todos los procedimientos quirúrgicos realizados en los consultorios de los especialistas
- Admisiones y hospitalización, excepto en el parto
- Hospital ambulatorio o visitas a otros centros o instalaciones cubiertas por el plan
- Beneficios en atención ampliada/beneficios en instalaciones para cuidado de enfermería especializada
- Cuidados paliativos
- Servicios de ambulancia en casos que no son de emergencia
- Programa ambulatorio intensivo en el consultorio de un especialista
- Ciertos medicamentos bajo prescripción médica

Cómo solicitar la pre-certificación para una admisión o cómo obtener autorización previa para otros servicios

Antes que nada, su médico, su hospital, usted o su representante deben llamarnos al: 877-280-2989 antes de ser admitidos o antes de recibir los servicios que requieren de una autorización previa.

Después, deberá proporcionar la siguiente información:

- nombre de la persona inscrita y número de identificación del Plan;
- nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de identificación y número telefónico;
- razón por la cual fue hospitalizado, tratamiento o cirugía propuesta;
- nombre y número telefónico del médico que lo está admitiendo en el hospital;
- nombre del hospital o centro; y
- número de días solicitados para la estancia en el hospital

• **Reclamos de cuidado no urgente**

Para los reclamos de atención no urgente, le informaremos al médico y/p hospital, el número de días de hospitalización aprobados o el tipo de atención médica que aprobamos para otros servicios que deben contar con una autorización previa. Tomaremos nuestra decisión en un periodo de 15 días a partir de que se recibió el reclamo o solicitud anterior al servicio. Si alguna cuestión fuera de nuestro control, requiere una extensión de tiempo, es probable que tomemos 15 días adicionales para revisar todo y le notificaremos la necesidad de dicha extensión de tiempo antes de que termine el periodo original de 15 días. Nuestra notificación deberá incluir el contexto y circunstancias subyacentes para dicha extensión, así como la fecha en que se espera contar con una decisión.

Si requerimos una extensión debido a que no hemos recibido toda la información necesaria por parte de usted, nuestra notificación detallará la información específica que requerimos y le daremos hasta 60 días a partir de que reciba la notificación para enviarnos dicha información

• **Reclamos de cuidado de urgencias**

Si usted tiene un reclamo de atención urgente (p.ej. estar en una situación en la que esperar el límite de tiempo normal para recibir su atención médica o tratamiento podría poner seriamente en peligro su vida, su salud o la habilidad para recuperar por completo cierta función o cuando, en la opinión de un médico que conoce bien su condición o enfermedad, ésta le generaría dolor grave y severo que no podría ser controlado adecuadamente sin recibir este tipo de atención o tratamiento), nosotros aceleraremos nuestra revisión y le notificaremos nuestra decisión en un lapso de 72 horas. Si usted solicita que revisemos su reclamo como reclamo de atención urgente, revisaremos la documentación que nos proporcione y decidiremos si es o no un reclamo urgente, solicitando la intervención y opinión de una persona laica y prudente que cuente con los conocimientos necesarios de salud y medicina.

Si usted falla en enviarnos la información suficiente, nos pondremos en contacto con usted en un lapso de 24 horas a partir de que hayamos recibido la solicitud para hacerle saber qué información necesitamos para completar la revisión de su reclamo. Usted tendrá, entonces, hasta 48 horas para proporcionarnos la información requerida. Tomaremos nuestra decisión en un lapso de 48 horas a partir de (1) el momento en que recibimos la información adicional o (2) el fin del plazo establecido, lo que ocurra primero.

Es posible que le comuniquemos nuestra decisión de manera oral dentro de los plazos antes mencionados, pero después le enviaremos una notificación electrónica o por escrito en un lapso de tres días a partir del momento en que recibió nuestra notificación oral.

Usted puede solicitar que su reclamo de atención urgente en apelación, sea revisado simultáneamente por nosotros y por la oficina de administración de personal de los Estados Unidos (OPM). Por favor háganos saber si le gustaría una revisión simultánea de su reclamo de atención urgente por parte de la oficina de administración de personal (OPM) ya sea por escrito, en el momento en que usted apele nuestra decisión inicial, o llamándonos al 877-280-2989. También puede llamar a la oficina de seguros de gastos médicos de la oficina de administración de personal (OPM) al 202-606-0737 entre las 8 a.m. y las 5 p.m., tiempo del Este, para solicitar la revisión simultánea. Nosotros cooperaremos con la OPM para que puedan revisar rápidamente su reclamo en apelación. Por otro lado, si usted no nos indicó que su reclamo era con carácter de urgente, llámenos al 877-280-2989. Si se determina que su reclamo es un reclamo de atención urgente, aceleraremos nuestra revisión (si no hemos respondido aún a su reclamo).

• **Reclamos de cuidados concurrentes**

Un reclamo de atención concurrente involucra el cuidado proporcionado durante un periodo de tiempo o durante una serie de tratamientos. Consideraremos cualquier reducción o terminación de nuestro periodo de tratamiento pre aprobado antes del fin del periodo de tiempo aprobado o del número de tratamientos, como una decisión apelable. Esto no incluye la reducción o terminación debido a cambios en los beneficios o si su inscripción termina. Si nosotros pensamos que una

reducción o terminación está garantizada, le otorgaremos el tiempo suficiente para apelar y obtener una decisión nuestra antes de que la reducción o terminación entre en vigor.

Si usted solicita una extensión de un plan de tratamiento que está en marcha, al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo aprobado y este es también un reclamo de atención urgente, entonces tomaremos la decisión en un lapso de 24 horas a partir de que recibamos el reclamo.

- **Hospitalización y admisión de emergencia**

Si usted es admitido de emergencia debido a una condición o enfermedad que usted, de manera consciente y razonada, piensa que pone en peligro su vida o que podría causar daño grave a sus funciones corporales, usted, su representante, el médico o el hospital deberán llamarnos por teléfono en un lapso de dos días laborales a partir del día en que fue admitido de emergencia, aun y cuando ya haya sido dado de alta del hospital.

- **Cuidado de maternidad**

GlobalHealth únicamente cubrirá el costo de su atención médica cuando dicha atención sea proporcionada por su médico de cuidados básicos o por un proveedor de la red especializado en cuidados obstétricos o ginecológicos. Usted será responsable del costo de su atención médica si obtiene los servicios de un proveedor fuera de la red, a menos de que se trate de un hecho o situación de emergencia. Para obtener una lista de profesionales en el cuidado de la salud, especializados en ginecología y obstetricia, consulte el directorio de proveedores en línea (online) o póngase en contacto con nuestro departamento de Atención al Cliente.

No es necesario que cuente con una autorización previa para la admisión en maternidad cuando se trate de un parto de rutina. Sin embargo, si su condición médica requiere que usted permanezca hospitalizado más de 48 horas después de un parto natural o 96 horas después de un parto por cesárea, entonces su médico o el hospital deberán ponerse en contacto con nosotros para obtener la autorización para esos días adicionales. Asimismo, si su bebé permanece en el hospital después de que usted haya sido dada de alta, su médico o el hospital deberán ponerse en contacto con nosotros para obtener la autorización para los días adicionales para su bebé.

- **Si su tratamiento requiere extenderse**

Si usted solicita una extensión de un plan de tratamiento que está en marcha, al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo aprobado y este es también un reclamo de atención urgente, entonces tomaremos la decisión en un lapso de 24 horas a partir de que recibamos el reclamo.

Qué sucede cuando usted no sigue las reglas de pre certificación cuando hace uso de centros o instalaciones fuera de la red

Usted debe obtener una referencia o recomendación autorizada antes de una estancia programada en el hospital o de una cirugía ambulatoria. Las referencias o recomendaciones no se requieren para las visitas a salas de emergencia o a estancias en el hospital relacionadas con el parto. Usted deberá acudir a un hospital o centro de la red para el parto, a menos de que tenga contracciones y no haya el tiempo necesario de trasladarse a otro hospital antes del parto o el traslado pueda significar una amenaza a la salud o a la seguridad de usted o de su hijo nonato. Si usted elige obtener los servicios, con la excepción de las emergencias, de un proveedor fuera de la red, usted será responsable financieramente.

Circunstancias fuera de nuestro alcance

Bajo ciertas circunstancias extraordinarias, tales como desastres naturales, es probable que debamos retrasar nuestros servicios o quizá no seamos capaces de proporcionarlos. En ese caso, haremos el mayor esfuerzo posible para proporcionarle a usted la atención y cuidados necesarios.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión en un reclamo previo al servicio

Si usted tiene **un reclamo previo al servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión, en cuanto a la pre-certificación de una admisión hospitalaria o la aprobación previa para otros servicios, deberá solicitar una revisión de acuerdo con los procedimientos detallados a continuación.

Si usted ya ha recibido el servicio, suministro o tratamiento, entonces tendrá un **reclamo post-servicio** y deberá seguir el proceso completo para reclamos en disputa de la sección 8.

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

En un lapso de 6 meses a partir de nuestra decisión inicial, usted podrá pedirnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el paso 1 del proceso de reclamos en disputa detallado en la sección 8 de este folleto.

En el caso de un reclamo previo al servicio y sujeto a un requerimiento de información adicional, tenemos 30 días, a partir de la fecha en que recibimos su solicitud por escrito para reconsideración, para hacer lo siguiente:

1. Pre-certificar su estancia en el hospital o, si es procedente, hacer los arreglos necesarios para que el proveedor de atención médica le ofrezca los cuidados o autorice su solicitud de aprobación previa para un servicio, medicamento o suministro; o
2. Solicitar a usted o a su proveedor mayor información

Usted o su proveedor deberán enviar la información de manera que podamos recibirla en un lapso de 60 días a partir de nuestra solicitud. Después decidiremos en un lapso de 30 días más.

Si no recibimos la información en un lapso de 60 días, decidiremos en un lapso de 30 días a partir de la fecha prevista para que la información fuera enviada. Tomaremos nuestra decisión con base en la información que ya tenemos. Le escribiremos notificándole nuestra decisión.

3. Escribirle a usted y mantener nuestra negativa.

- **Reconsiderar un reclamo de atención urgente**

En caso de apelación de un reclamo de atención urgente previo al servicio, en un lapso de 6 meses a partir de nuestra decisión inicial, usted podrá pedirnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el paso 1 del proceso de reclamos en disputa detallado en la sección 8 de este folleto.

A menos de que solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión en un lapso de 72 horas a partir de que recibamos la solicitud de reconsideración. Agilizaremos el proceso de revisión, lo que permite la solicitud oral o escrita de apelaciones así como el intercambio de información vía telefónica, por correo electrónico, fax u otros métodos expeditos.

- **Presentar una apelación en la oficina de administración de personal (OPM)**

Después de reconsiderar su **reclamo previo al servicio**, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, podrá solicitar a la oficina de administración de personal (OPM) que la revise, siguiendo el paso 3 del proceso de reclamos en disputa detallado en la sección 8 de este folleto.

Sección 4. El costo de los servicios cubiertos

Eso es lo que pagará por desembolso directo por la atención médica cubierta:

Reparto de costos

Reparto de costos es el término general que se emplea para referirse a sus costos por desembolso directo (p.ej. deducible, coaseguro y copagos) por la atención médica cubierta que usted reciba.

Copagos

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

Ejemplo: cuando usted ve a su médico de cuidados básicos, usted paga un copago de \$0 por visita al consultorio y cuando va al hospital, usted paga \$250 por día hasta un máximo de \$750 por admisión dentro de nuestra opción elevada (High Option).

Deducible

Un deducible es un gasto fijo que usted debe cubrir para ciertos servicios y suministros cubiertos, antes de que nosotros comencemos a pagar beneficios por ellos. Los copagos no cuentan para ningún tipo de deducible.

- El deducible es de \$300 por persona, por año calendario dentro de nuestra opción estándar (Standard Option). En la cobertura Self Only (usted únicamente), el deducible está considerado cubierto y los beneficios le serán pagados a usted cuando sus gastos cubiertos aplicados al deducible por año calendario dentro de su inscripción, alcancen los \$300 en nuestra opción estándar (Standard Option). En la cobertura Self Plus One (usted más una persona), el deducible se considera cubierto y los beneficios le serán pagados a usted y a otro familiar elegible cuando los gastos combinados cubiertos aplicados al deducible por año calendario dentro de su inscripción, alcance los \$600 en nuestra opción estándar (Standard Option). En la cobertura Self and Family (usted y su familia), el deducible está considerado cubierto y los beneficios le serán pagados a todos los miembros de la familia cuando los gastos combinados cubiertos aplicados al deducible por año calendario para los miembros de la familia alcance los \$600 en nuestra opción estándar (Standard Option).
- No existe deducible en la opción elevada (High Option).

Nota: si usted cambia de Planes durante la temporada abierta de inscripciones (Open Season), no tendrá que comenzar con un nuevo deducible en su antiguo Plan entre el 1° de enero y la fecha efectiva de su nuevo Plan. Si usted cambia de Planes en otro momento del año, usted deberá comenzar un nuevo deducible dentro de su nuevo Plan.

Si usted cambia de opciones en este Plan durante el año, le acreditaremos la cantidad de gastos cubiertos, ya aplicados hacia el deducible de su opción anterior, al deducible de su nueva opción.

Coaseguro

El coaseguro es el porcentaje de nuestra prestación que usted debe pagar por su atención médica. El coaseguro no comienza hasta que usted haya cubierto su deducible por año calendario.

Ejemplo: en nuestro Plan, usted paga 20% de nuestra prestación por equipo médico duradero en nuestra opción elevada (High Option).

Diferencias entre el subsidio o prestación del Plan y la factura

El subsidio del Plan es la cantidad permitida que pagaremos por los servicios proporcionados por nuestros proveedores, con base en tarifas establecidas en el contrato.

GlobalHealth ofrece copagos fijos en todos los servicios, excepto en equipo médico duradero, prótesis y equipo ortopédico que no se coloca mediante cirugía, prótesis auditivas y medicamentos especializados que tengan coaseguro. Los copagos no varían dependiendo de la cantidad permitida.

El balance de facturación ocurre cuando un proveedor le factura la diferencia entre la cantidad que él facturó y la cantidad total que el proveedor recibió de su reparto de costos y de nuestro reembolso habitual y acostumbrado para servicios cubiertos aprobados. Los proveedores de la red es probable que no le realicen un balance de facturación. Los proveedores fuera de la red es probable que sí le realicen un balance de facturación y usted será responsable por la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada por el proveedor.

Su protección para los desastres o catástrofes, límite máximo de gastos por desembolso directo

Opción elevada (High Option): después de sus copagos y coaseguro total de \$5,000 para la cobertura Self Only (usted únicamente), o \$7,000 para la cobertura Self Plus One (usted más una persona) o la cobertura Self and Family (usted y su familia) en cualquier año calendario, usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos. ***El límite máximo anual en reparto de costos bajo la cobertura Self Only (usted únicamente), de \$5,000 aplica a cada individuo, sin importar si el individuo está inscrito en las coberturas Self Only (usted únicamente), Self Plus one (usted más una persona) o Self and Family (usted y su familia).***

Opción estándar (Standard Option): después de su deducible, copagos y coaseguro total de \$6,500

para la cobertura Self Only (usted únicamente) o \$7,500 para la cobertura Self Plus One (usted más una persona) o la cobertura Self and Family (usted y su familia) en cualquier año calendario, usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos. ***El límite máximo anual en reparto de costos bajo la cobertura Self Only (usted únicamente), de \$6,500 aplica a cada individuo, sin importar si el individuo está inscrito en las coberturas Self Only (usted únicamente), Self Plus one (usted más una persona) o Self and Family (usted y su familia).***

Ejemplo de escenario: su plan cuenta con límite máximo de desembolso directo de \$5,000 en la cobertura Self Only (usted únicamente) y de \$7,000 en la cobertura Self Plus One (usted más una persona) o en la cobertura Self and Family (usted y su familia). Si usted o uno de sus familiares elegibles cuenta con gastos médicos adecuados por desembolso directo de \$5,000 o más por año calendario, cualquier gasto médico adecuado que reste para ese individuo, le será cubierto en su totalidad por nuestro Plan de salud. En la cobertura Self and Family (usted y su familia), con un desembolso directo de \$7,000, un segundo familiar o un agregado de otra familia elegible, continuará acumulado los gastos médicos adecuados por desembolso directo hasta un máximo de \$2,000 por año calendario antes de que sus gastos médicos adecuados comiencen a ser cubiertos en su totalidad.

Sin embargo, los copagos y coaseguro, que sean aplicables para los siguientes servicios, no cuentan para su protección en desastres del límite máximo de desembolso directo y deberá continuar con el pago de todos los cargos por estos servicios:

- Gastos por servicios y suministros que excedan el límite establecido de dólares o de días.
- Gastos generados por hacer uso de proveedores fuera de la red.

Asegúrese de llevar un registro exacto y de guardar todos los recibos de sus copagos y coaseguro para poder comprobar que el cálculo del Plan sobre su límite máximo de gastos por desembolso directo está reflejado correctamente.

Saldo remanente

Si usted cambió a este Plan durante el periodo abierto de inscripciones (Open Season) y su antiguo Plan contaba con beneficios de protección para desastres y la fecha efectiva del cambio es después del 1° de enero, cualquier gasto que usted haya aplicado al beneficio de protección para desastres de ese Plan, durante el año anterior, será cubierto por su antiguo Plan si se trata de cuidados que usted recibió en enero antes de la fecha efectiva de cobertura en este Plan. Si usted ya ha cubierto el límite total del beneficio de protección para desastres de su antiguo Plan, seguirá aplicando hasta la fecha efectiva de cobertura en este Plan. Si usted no ha cubierto este nivel de gastos en su totalidad, su antiguo Plan aplicará primero sus gastos por desembolso directo cubiertos hasta que haya alcanzado el nivel protección de desastres del año anterior y después aplicará el beneficio de protección para desastres a los gastos por desembolso directo cubiertos, que hayan sido generados a partir de ese momento y hasta la fecha efectiva de cobertura en este Plan. Su antiguo Plan pagará estos gastos cubiertos de acuerdo a los beneficios de este año; los cambios en los beneficios son efectivos a partir del 1° de enero.

Nota: si usted cambia de opciones en este Plan durante el año, nosotros le acreditaremos la cantidad por los gastos cubiertos que ya hayan sido acumulados para el límite de desembolso directo para desastres, en su antigua opción, al límite de protección para desastres de su nueva opción.

Cuando los centros e instalaciones del gobierno nos cobran una factura

Los centros e instalaciones del Departamento de asuntos de veteranos, del Departamento de defensa, y de los Servicios de salud para los indígenas (Indian Health Services) tienen derecho a buscar un reembolso de nuestra parte por ciertos servicios o suministros que hayan proporcionado a usted o a un miembro de su familia. Es probable que no soliciten más de lo que sus leyes vigentes les permitan. Usted puede ser responsable del pago de ciertos servicios y cargos. Póngase en contacto con el centro o instalación del gobierno, para obtener mayor información.

Sección 5. Beneficios de la opción elevada y estándar

Consulte la página 14 para saber cómo cambiaron nuestros beneficios este año. La página 101 y página 102 contienen un resumen de los beneficios para cada opción. Asegúrese de revisar los beneficios que están disponibles en la opción en la que usted está inscrito.

Sección 5. Panorama general de los beneficios de las opciones elevada y estándar.....	26
Sección 5(a). Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales del cuidado de la salud	27
Servicios de diagnóstico y tratamiento	27
Servicios de tele salud	28
Pruebas de laboratorio, rayos X y otras pruebas de diagnósticos	28
Cuidado preventivo, adulto.....	29
Cuidado preventivo, niños	31
Cuidado de maternidad.....	32
Planificación familiar.....	33
Servicios de infertilidad.....	34
Cuidado de alergias	35
Tratamiento terapéutico	35
Servicios de rehabilitación.....	36
Servicios de habilitación.....	37
Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros).....	37
Servicios de cuidado de la vista (pruebas, tratamiento y suministros).....	38
Cuidado del pie.....	39
Aparatos ortopédicos y prótesis.....	40
Equipo médico duradero (DME)	41
Servicios de atención domiciliaria.....	43
Quiropráctico.....	44
Tratamientos alternativos.....	44
Cursos y programas educativos	44
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de la salud.....	46
Procedimientos quirúrgicos	46
Cirugía reconstructiva.....	48
Cirugía oral y maxilofacial	49
Trasplantes de órganos/tejidos.....	49
Anestesia.....	54
Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital o cualquier otro centro o instalación y servicios de ambulancia.....	55
Hospitalización	55
Hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio.....	56
Beneficios para una atención prolongada/beneficios para instalaciones de cuidado de enfermería especializada	57
Cuidados paliativos.....	58
Cuidados al final de la vida	58
Ambulancia.....	59
Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes	60
Emergencia dentro de nuestra área de servicio.....	61
Emergencia fuera de nuestra área de servicio.....	61
Ambulancia.....	62
Sección 5(e). Beneficios en materia de salud mental y abuso de sustancias.....	64
Servicios profesionales	64
Diagnósticos	65
Hospitales para pacientes internos u otra instalación dentro de la cobertura.....	65
Hospital ambulatorio o instalaciones y centros bajo cobertura.....	66
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos bajo prescripción médica.....	67
Medicamentos y suministros cubiertos.....	69

Medicamentos para cuidados preventivos	71
Sección 5(g). Beneficios dentales	74
Beneficio por lesión accidental.....	74
Anestesia dental	74
Beneficios dentales	75
Sección 5(h). Bienestar y otras prestaciones especiales	76
Opción de beneficios flexibles.....	76
Línea para enfermeras e información 24 horas.....	76
Servicios para sordos y para personas con problemas auditiva	76
Centros de excelencia	76
Programas de mejoramiento de la salud	76
Cese del tabaquismo	76
Servicios de traducción	77
Programa de manejo de terapia médica	77
Programa de mejora de la calidad	78
Programas de menajo de la atención y cuidados	78
Encuestas	78
Proceso de valoración tecnológica	79
Calculador de costos de medicamentos	79
Portal de miembros MYGLOBAL	79
Resumen de beneficios para la opción elevada (High Option) de GlobalHealth, Inc. - 2018	101
Resumen de beneficios para la opción estándar (Standard Option) de GlobalHealth, Inc. -2018	102

Sección 5. Opción elevada y estándar, panorama general de beneficios

Este Plan ofrece una opción elevada (High Option) y una opción estándar (Standard Option). Ambos paquetes de beneficios están descritos en la sección 5. Asegúrese de revisar los beneficios que están disponibles en la opción en la que está usted inscrito.

La sección 5 sobre la opción elevada y la estándar, está dividida en subsecciones. Por favor lea el apartado de *Cosas importantes que debe tener en mente* al principio de las subsecciones. También lea las exclusiones generales de la sección 6; ellas aplican a los beneficios incluidos en las subsecciones subsecuentes. Para obtener los formularios de reclamación, asesoramiento sobre cómo presentar una reclamación, o más información sobre los beneficios de la opción elevada y la opción estándar, póngase en contacto con nosotros al correo electrónico: FederalAnswers@globalhealth.com, al teléfono: 877-280-2989, o en nuestra página de Internet: www.GlobalHealth.com/fehb.

Usted puede elegir si recibe los servicios cubiertos en una instalación preferencial o no preferencial. Asegúrese de preguntar, en el momento de programar su cita, qué tipo de instalación o centro es. Su reparto de costos será distinto, dependiendo del lugar en el que reciba los servicios.

Algunas prestaciones aplican en ambas opciones:

- \$0 visitas ilimitadas al consultorio del médico de cuidados básicos
- \$0 pruebas de laboratorio y rayos x

Cada opción ofrece prestaciones únicas:

- **Opción elevada**
 - No hay deducible
 - Reparto de costos más bajo que en nuestra opción estándar
- **Opción estándar**
 - Prima más baja que la de nuestra opción elevada
 - \$300 deducible (cobertura Self Only –usted únicamente) y \$600 deducible (cobertura Self Plus One –usted más una persona o cobertura Self and Family –usted y su familia)
 - El médico de cuidados básicos, el especialista, las pruebas de laboratorio/rayos x, visitas al consultorio de salud del comportamiento, cuidado preventivo y medicamentos bajo prescripción médica están exentos del pago de deducible (usted únicamente paga el copago o coaseguro, incluso si no ha cumplido con su deducible anual).

Sección 5(a). Servicios y suministros médicos proporcionados por doctores y otros profesionales en el cuidado de la salud

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios.
- Los médicos del Plan deben proporcionarle atención médica o hacer los arreglos necesarios para que reciba dicha atención.
- El copago para un centro o instalación aplica para el servicio que aparece en esta sección pero cuando se realice en un centro de cirugía ambulatoria o en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Los servicios profesionales están incluidos en el copago del centro o instalación.
- El deducible por año de calendario para la opción estándar es: \$300 por persona (\$600 para la cobertura Self Plus One –usted más una persona o \$600 para la cobertura Self and Family –usted y su familia). El deducible por año de calendario aplica a algunos de los beneficios de esta sección. Hemos agregado (“no deducible”) para mostrar cuándo no aplica el deducible por año de calendario. La opción elevada no tiene un deducible.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.

Descripción del beneficio	Usted paga	
Nota: el deducible por año del calendario aplica para algunos beneficios de la opción estándar en esta sección. Decimos (“no deducible”) cuando no aplica.		
Diagnóstico y servicios de tratamiento	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Servicios profesionales de médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio del médico • En el domicilio <p>Nota: salvo en limitadas excepciones, nosotros únicamente cubrimos visitas al especialista cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<p>Servicios profesionales de médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un centro de cuidados urgentes • Durante una estancia en el hospital • En una instalación o centro de enfermería especializada • Consultas médicas en el consultorio • Segunda opinión quirúrgica • Planeación anticipada de la atención 	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> <p>Nada para servicios de hospitalización y cuidados urgentes</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p> <p>Nada para servicios de hospitalización</p> <p>Nada para servicios en un centro de atención urgente (No deducible)</p>

Diagnóstico y servicios de tratamiento - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Diagnóstico y servicios de tratamiento (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Nota: salvo en limitadas excepciones, nosotros únicamente cubrimos visitas al especialista cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> <p>Nada para servicios de hospitalización y cuidados urgentes</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p> <p>Nada para servicios de hospitalización</p> <p>Nada para servicios en un centro de atención urgente (No deducible)</p>
Servicios de tele salud	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Los servicios cubiertos incluyen consultas de cuidado básico, especialidad y consejería en salud del comportamiento. La disponibilidad de estos servicios está determinada por el proveedor. Lo alentamos a ponerse en contacto con su proveedor.</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos o consejero de salud del comportamiento</p> <p>\$35 copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible) o consejero de salud del comportamiento (No deducible)</p> <p>\$45 copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
Pruebas de laboratorio, rayos x y otras pruebas de diagnóstico	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Pruebas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre • Análisis de orina • Pruebas de Papanicolaou, fuera de rutina • Patología • Rayos x • Mamografías fuera de rutina (incluyendo 3D) • Ultrasonido • Electrocardiograma y electroencefalograma <p>Nota: Su proveedor deberá utilizar un laboratorio o radiólogo con el que tengamos un contrato firmado.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos pruebas de laboratorio fuera de rutina, rayos x y otras pruebas de diagnóstico cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>

Pruebas de laboratorio, rayos x y otras pruebas de diagnóstico - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Pruebas de laboratorio, rayos x y otras pruebas de diagnóstico (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Escaneo especializado, imágenes y exámenes de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomografías computarizadas (CT scans) • Exploración PET • Tomografía computarizada por emisión (SPECT scans) • Estudios de imágenes por resonancia magnética (MRI scans) • Escáner nuclear • Estudios del sueño <p>Nota: vea la sección 5(c) sobre servicios facturados por un centro o instalación tales como colonoscopías para diagnosticar o tratar una enfermedad o condición específica.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos escaneo especializado, imágenes y exámenes de diagnóstico cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Instalación preferencial: *\$250 copago por escaneo</p> <p>Instalación no preferencial: *\$500 copago por escaneo</p> <p>*por parte del cuerpo escaneada</p>	<p>Instalación preferencial: *\$350 copago por escaneo</p> <p>Instalación no preferencial: *\$700 copago por escaneo</p> <p>* por parte del cuerpo escaneada</p>
Cuidado preventivo, adulto	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Examen físico de rutina (uno por año del calendario) que incluye:</p> <p>Pruebas de rutina como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles totales de colesterol en la sangre • Prueba de cáncer colorrectal, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> – Examen de sangre oculta en heces – Prueba de sigmoidoscopia – cada cinco años a partir de los 50 años de edad – Prueba de colonoscopia – cada diez años a partir de los 50 años de edad <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos las pruebas de cáncer colorrectal (distintas a las pruebas FIT y FOBT), de aneurisma aórtico abdominal y de cáncer de pulmón cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>
<p>Prueba de rutina de antígeno prostático específico (PSA) – una anual para hombres de 40 años de edad o mayores</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>

Cuidado preventivo, adulto - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Cuidado preventivo, adulto (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Cuidado para el bienestar de la mujer; con base en recomendaciones actuales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba para detectar cáncer cérvico-uterino (prueba de Papanicolaou) • Prueba del virus del papiloma humano (HPV) • Prueba para detectar Clamidia/Gonorrea • Prueba de Osteoporosis • Prueba para detectar el cáncer de mama • Asesoría y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual • Asesoría y prueba del virus de inmunodeficiencia humana • Métodos anticonceptivos y asesoría • Prueba y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal 	Nada	Nada (No deducible)
Mamografía de rutina (incluyendo 3D) – cubierta para mujeres	Nada	Nada (No deducible)
Las inmunizaciones de rutina para adultos avaladas por los centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention -CDC): con base en el programa del Comité asesor sobre prácticas de inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices - ACIP)	Nada	Nada (No deducible)
<p>Nota: cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos x que se realicen conjuntamente con un examen de rutina y que no estén incluidos en el listado de servicios preventivos, estará sujeto a los copagos, coaseguro y deducible que sean aplicables a los miembros.</p> <p>Nota: una lista completa de los servicios de cuidados preventivos recomendados por el Equipo de servicios preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force -USPSTF) está disponible en línea (online) en: www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</p> <p>HHS: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/</p> <p>CDC: www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p> <p>Servicios preventivos para mujeres: www.healthcare.gov/preventive-care-women/</p> <p>Para obtener información adicional: healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx</p>		

Cuidado preventivo, adulto - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Cuidado preventivo, adulto (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes físicos requeridos para obtener o conservar un empleo o seguro, inscribirse a una escuela o campamento, realizar pruebas atléticas o viajar. • Inmunizaciones, refuerzos y medicamentos relacionados con riesgos de exposición por un viaje o por cuestiones de trabajo • Pruebas y exámenes genéticos relacionados a antecedentes familiares, cáncer o alguna otra enfermedad, excepto la prueba y examen del gen BRCA • Servicios de pruebas y exámenes requeridos únicamente por el miembro, tales como estudios cardiacos anunciados comercialmente 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cuidado preventivo, niños	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas para el bienestar del niño, exámenes e inmunizaciones tal y como se describen en los lineamientos para un futuro prometedor (Bright Future Guidelines) proporcionados por la Academia estadounidense de pediatría (American Academy of Pediatrics) <p>Nota: cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos x que se realicen conjuntamente con un examen de rutina y que no estén incluidos en el listado de servicios preventivos, estará sujeto a los copagos, coaseguro y deducible que sean aplicables a los miembros.</p> <p>Nota: una lista completa de los servicios de cuidados preventivos recomendados por el Equipo de servicios preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force -USPSTF) está disponible en línea (online) en: www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</p> <p>HHS: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/</p> <p>CDC: www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p> <p>Para obtener información adicional: healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx</p> <p>Nota: Para obtener una lista completa de los lineamientos para un futuro prometedor de la Academia estadounidense de pediatría (American Academy of Pediatrics Bright Future Guidelines) consulte la página: brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Cuidado de maternidad</p> <p>Cuidado de maternidad completo (obstétrico), tal y como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal - incluyendo ultrasonido, laboratorio y pruebas de diagnóstico • Pruebas de exploración para detectar diabetes gestacional en mujeres embarazadas después de la semana 24 • Parto • Cuidado post-parto 	<p>Nada para cuidado prenatal</p> <p>\$25 copago único para todo el cuidado ambulatorio post-parto, en la primera consulta</p> <p>Nada para servicios profesionales de hospitalización para el parto</p>	<p>Nada para cuidado prenatal (No deducible)</p> <p>\$45 copago único para todo el cuidado ambulatorio post-parto, en la primera consulta (No deducible)</p> <p>Nada para servicios profesionales de hospitalización para el parto</p>
<p>Apoyo para la lactancia, asesoría, suministros y renta de equipo para cada nacimiento</p> <p>Nota: limitado a la compra o renta de una bomba extractora de leche a un proveedor de la red con pre-autorización. Incluye únicamente suministros para lactancia incluidos en el paquete de la bomba extractora de leche. Limitado a una bomba por año del calendario para mujeres que estén embarazadas y/o lactando. Póngase en contacto con el departamento de atención al cliente para obtener una lista completa de los proveedores de la red.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos equipo y suministros para lactancia cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>
<p>Nota: a continuación algunas cuestiones para tener en mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no necesita pre-certificar su parto natural; vea la página 50 para otras circunstancias, tales como estancias largas en el hospital para usted o para su bebé. • Usted podrá permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto natural y 96 horas después de una cesárea. Ampliaremos su hospitalización en caso de que sea clínicamente necesario. • Cubrimos los cuidados de rutina de la sala de cuna para el bebé recién nacido durante la parte cubierta de la estancia por maternidad de la madre. Cubriremos otros cuidados de un menor que requiera tratamiento que no sea de rutina, únicamente si el menor está bajo la cobertura Self Plus One (usted más una persona) o cobertura Self and Family (usted y su familia). • Nosotros pagamos la hospitalización y los servicios del cirujano para los cuidados que no son de maternidad de la misma manera que para lesiones y enfermedades. • Los servicios hospitalarios están cubiertos bajo la sección 5(c) y los beneficios quirúrgicos bajo la sección 5(b) 		

Cuidado de maternidad - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Cuidado de maternidad (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Nota: cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de la hospitalización de la madre, el recién nacido será considerado paciente por derecho propio. Si el recién nacido es elegible para cobertura, serán aplicables los beneficios médicos o quirúrgicos normales, y no los beneficios de maternidad.</p>		
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Abortos electivos</i> • <i>Cursos de preparación para el parto, cursos Lamaze (psico-profilácticos) y otras clases sobre paternidad, partos y crianza</i> • <i>Suministros para la lactancia de no ser los contenidos en el paquete de la bomba extractora de leche, incluyendo ropa (p.ej. sostén de lactancia), biberones o artículos para el confort o conveniencia personal (p.ej. protectores para lactancia)</i> • <i>Cuidado de maternidad para mujeres que no estén inscritas en este Plan</i> • <i>Dispositivos de monitoreo uterino en el hogar</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Planificación familiar	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Orientación anticonceptiva anualmente</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>
<p>Una gama de servicios sobre planificación familiar voluntaria, limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización voluntaria (vea <i>procedimientos quirúrgicos</i> sección 5(b)) • Anticonceptivos por implante quirúrgico • Medicamentos anticonceptivos inyectables (tales como Depo-Provera) • Dispositivos intrauterinos (DIU) • Diafragmas y anillos anticonceptivos <p>Nota: nosotros cubrimos anticonceptivos orales en el marco del beneficio de medicamentos bajo prescripción médica</p> <p>Nota: nosotros cubrimos únicamente los servicios por anticonceptivos quirúrgicos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>

Planificación familiar - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Planificación familiar (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de una esterilización quirúrgica voluntaria • Pruebas genéticas y asesoría • Dispositivos anticonceptivos no descritos anteriormente • Anticonceptivos que no requieren receta médica (<i>over-the-counter -OTC</i>), excepto como se describe en la sección 5(f) • Diagnóstico genético previo a implantes (PGD) 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Servicios de infertilidad	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de infertilidad, tales como: <ul style="list-style-type: none"> – Inseminación artificial: – Inseminación intravaginal (IVI) – Inseminación intracervical (ICI) – Inseminación intrauterina (IUI) • Medicamentos para la fertilidad <p>Nota: nosotros cubrimos medicamentos para la fertilidad inyectables, en el marco de los beneficios médicos y los medicamentos para la fertilidad orales y auto-inyectables en el marco del beneficio de medicamentos bajo prescripción médica.</p> <p>Nota: vea la sección 5(c) para beneficios quirúrgicos y la sección 5(f) para beneficios sobre medicamentos bajo prescripción médica.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos tratamiento de infertilidad cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Procedimientos de reproducción asistida (ART), tales como:</i> <ul style="list-style-type: none"> – Fertilización <i>in vitro</i> (IVF) – Transferencia de embriones, transferencia intratubárica de gametos (GIFT) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) • <i>Servicios y suministros relacionados con procedimientos de reproducción asistida (ART)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Servicios de infertilidad - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
Servicios de infertilidad (continuación) <ul style="list-style-type: none"> Gastos para el donante de esperma Gastos para el donante de óvulos Criopreservación o almacenaje de esperma (banco de esperma), óvulos o embriones Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a individuos que no estén inscritos en este Plan Asesoría genética y exploración genética 	Todos los cargos	Todos los cargos
Cuidado de alergias <ul style="list-style-type: none"> Pruebas y tratamiento Inyecciones para alergias 	Nada por consulta a su médico de cuidados básicos \$35 de copago por visita a un especialista	Nada por consulta a su médico de cuidados básicos (No deducible) \$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)
Suero para alergias	Nada	Nada (No deducible)
<i>No cubierto:</i> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de provocación con alimentos Desensibilización alérgica sublingual 	Todos los cargos	Todos los cargos
Tratamiento terapéutico <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia y terapia con radiación Nota: La quimioterapia de dosis elevada, asociada a los trasplantes autólogos de médula ósea, está limitada a aquellos trasplantes enlistados bajo el concepto de trasplante de órganos/tejidos en la página 49.	\$50 de copago por visita Infusión, únicamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si es administrado en el consultorio del médico	\$60 de copago por visita Infusión, únicamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si es administrado en el consultorio del médico
<ul style="list-style-type: none"> Terapia respiratoria y de inhalación Diálisis – hemodiálisis y diálisis peritoneal Terapia intravenosa (IV)/de infusión –sueroterapia en casa y terapia con antibióticos Terapia de hormona del crecimiento (GHT) Tratamiento con oxígeno hiperbárico Nota: las visitas de enfermeras a la casa, asociadas a las terapias intravenosas (IV) y de infusión, en casa, están cubiertas como se muestra en el apartado de <i>Atención domiciliaria (Home health services)</i> en la página 43. Nota: nosotros únicamente cubrimos tratamientos terapéuticos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así		

Tratamiento terapéutico - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Tratamiento terapéutico (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p> <p>Nota: vea la sección 5(c) para servicios de tratamiento terapéutico recibidos en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o centro.</p>	<p>\$50 de copago por visita</p> <p>Infusión, únicamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si es administrado en el consultorio del médico</p>	<p>\$60 de copago por visita</p> <p>Infusión, únicamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si es administrado en el consultorio del médico</p>
<p>Análisis conductual aplicado (Applied behavioral analysis - ABA) – Miembros con trastorno del espectro autista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a diagnósticos específicos <ul style="list-style-type: none"> – Trastorno autista – autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner; – Trastorno disociativo de la infancia – síndrome de Heller; – Síndrome de Rett; y – Trastorno definido y generalizado en el desarrollo o trastorno del espectro autista – trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis infantil límite. • Limitado a 25 horas por semana <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los servicios de análisis conductual aplicado cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>En casa: Nada</p> <p>Visita al consultorio o *ambiente natural o cotidiano: \$30 de copago por día</p> <p>*un asesor o consejero puede elegir acompañar al individuo o miembro a la escuela, a las citas con el médico, etc.</p>	<p>En casa: Nada</p> <p>Visita al consultorio o *ambiente natural o cotidiano: \$45 de copago por día</p> <p>* un asesor o consejero puede elegir acompañar al individuo o miembro a la escuela, a las citas con el médico, etc.</p>
Servicios de rehabilitación	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>60 visitas por año del calendario para cada uno de los servicios que se exponen a continuación o una combinación de los tres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeutas calificados • Terapeutas ocupacionales • Terapeutas del lenguaje <p>Nota: un fisioterapeuta puede presentar una recomendación directamente a GlobalHealth para una terapia de hasta 30 días. Su médico de cuidados básicos deberá presentar una recomendación para los servicios necesarios más allá de los 30 días.</p> <p>La rehabilitación cardíaca después de un trasplante de corazón, cirugía de bypass o un infarto de miocardio se proporciona durante un máximo de 3 visitas por semana durante 12 semanas.</p>	<p>\$30 de copago por visita ambulatoria</p> <p>Nada por visita durante la hospitalización cubierta</p>	<p>\$45 de copago por visita ambulatoria</p> <p>Nada por visita durante la hospitalización cubierta</p>

Servicios de rehabilitación - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Servicios de rehabilitación (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Nota: nosotros únicamente cubrimos las terapias cuando hemos pre autorizado el tratamiento, excepto cuando un fisioterapeuta certificado realiza una evaluación. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>\$30 de copago por visita ambulatoria</p> <p>Nada por visita durante la hospitalización cubierta</p>	<p>\$45 de copago por visita ambulatoria</p> <p>Nada por visita durante la hospitalización cubierta</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapia de rehabilitación a largo plazo</i> • <i>Programas de ejercicios</i> • <i>Terapia de masaje</i> • <i>Terapia de voz, relacionada con el cambio de sexo</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Servicios de habilitación	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>60 visitas por año del calendario para cada uno de los servicios que se exponen a continuación o una combinación de los tres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeutas calificados • Terapeutas ocupacionales • Terapeutas del lenguaje <p>Nota: un fisioterapeuta puede presentar una recomendación directamente a GlobalHealth para una terapia de hasta 30 días. Su médico de cuidados básicos deberá presentar una recomendación para los servicios necesarios más allá de los 30 días.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos las terapias cuando hemos pre autorizado el tratamiento, excepto cuando un fisioterapeuta certificado realiza una evaluación. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>\$30 de copago por visita ambulatoria</p>	<p>\$45 de copago por visita ambulatoria</p>
Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Para tratamientos relacionados con lesiones o enfermedades, incluyendo la evaluación y pruebas auditivas de diagnóstico realizados por un médico o audiólogo 	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>

Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros)- continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros) (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Nota: para exploraciones auditivas de rutina realizadas durante una visita de cuidados preventivos de un menor, vea la sección 5 (a) <i>Cuidados preventivos, niños</i>.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los servicios auditivos proporcionados por un especialista cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Prótesis auditivas externas <p>Nota: para beneficios sobre dichos dispositivos, vea la sección 5(a) <i>Aparatos ortopédicos y prótesis</i>.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos las prótesis auditivas y los dispositivos relacionados con la audición cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>20% de coaseguro</p>	<p>30% de coaseguro</p>
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos de implante, relacionados con la audición, tales como aparatos auditivos de implante óseo (BAHA) e implantes cocleares <p>Nota: para beneficios sobre dichos dispositivos, vea la sección 5(a) <i>Aparatos ortopédicos y prótesis</i>.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos las prótesis auditivas y los dispositivos relacionados con la audición cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Los servicios auditivos que no se muestran dentro de la cobertura</i> <i>Servicios auditivos para la pérdida de audición, relacionada con la edad</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministro)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Un par de anteojos o lentes de contacto para corregir una deficiencia causada directamente por una lesión ocular accidental o por una cirugía intraocular (como por ejemplo cataratas).</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>

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

Descripción del beneficio	Usted paga	
Servicios para la vista (pruebas, tratamiento y suministro) (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Nota: aspectos especiales como tinte, lentes progresivos, lentes de transición así como otras mejoras o actualizaciones no están cubiertos.</p>	Nada	Nada
<p>Un examen oftalmológico anual, incluyendo refracción.</p> <p>Nota: véase <i>Cuidados preventivos, niños</i> para informarse sobre los exámenes oftalmológicos para niños.</p>	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anteojos o lentes de contacto, excepto los que se mencionaron anteriormente</i> • <i>Ejercicios oculares y ortóptica</i> • <i>Cirugía “LASIK”, tratamiento con anillos “INTACS”, queratotomía radial y otras cirugías refractivas</i> • <i>Programas de computación de cualquier tipo, incluyendo pero no limitado a, aquéllos que están destinados a apoyar en las terapias de la vista</i> • <i>Implante intraocular de lentes multifocales especiales</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Cuidado del pie	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Cuidado del pie, de rutina, cuando usted se encuentra bajo tratamiento activo para una enfermedad metabólica o enfermedad vascular periférica, como por ejemplo diabetes</p> <p>Nota: vea <i>Aparatos ortopédicos y prótesis</i> para obtener Información sobre plantillas de podología para el calzado.</p> <p>Nota: vea la sección 5(b) para nuestra cobertura de procedimientos quirúrgicos.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos el cuidado del pie cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por consulta a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Corte, recorte o remoción de durezas, callos o bordes de las uñas del pie y tratamientos de rutina similares para enfermedades o problemas del pie, excepto a las establecidas anteriormente.</i> • <i>Tratamiento de pie débil, torcido o plano, juanetes o espolones óseos; y cualquier inestabilidad, desfase o subluxación del pie (a menos de que el tratamiento sea una cirugía abierta que involucre cortes)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción del beneficio	Usted paga	
	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Extremidades y ojos artificiales • Media para muñón • Prótesis de seno externas y sujetador quirúrgico, incluyendo los repuestos necesarios después de una mastectomía • Aparatos ortopédicos correctivos para tratamiento no dental del síndrome de disfunción y dolor de la articulación temporomandibular • Prótesis auditivas externas, limitado a una (1) prótesis por año cada cuarenta y ocho (48) meses a menos de que sea clínicamente necesario reemplazarla con mayor frecuencia. Para miembros de menos de dos (2) años de edad, pueden obtenerse cuatro (4) moldes auriculares adicionales por año (dos por cada oído). • Repuesto, reparación y ajustes de los dispositivos cubiertos 	20% de coaseguro, con un máximo costo de \$200 por servicio	30% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de implante, relacionados con la audición, tales como aparatos auditivos de implante óseo (BAHA) e implantes cocleares • Dispositivos prostéticos internos, tales como articulaciones artificiales, marcapasos e implantes de seno de implante quirúrgico después de una mastectomía 	Nada	Nada
<ul style="list-style-type: none"> • Pelucas debido a la pérdida de cabello como consecuencia de un tratamiento en contra del cáncer, limitado a una peluca sintética por año 	\$15 de copago por peluca	\$15 de copago por peluca
<p>Nota: los aparatos ortopédicos y prótesis proporcionados por médicos y profesionales están incluidos en el copago por el centro o instalación. Vea la sección 5(c).</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos aparatos ortopédicos y prótesis cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>		
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Calzado ortopédico y correctivo (de no ser el soporte metálico Denis Browne), plantilla ortopédica, ortopedia para pies, taloneras de silicón, plantilla para talón. Los zapatos y aparatos ortopédicos están cubiertos únicamente para diabetes y para otros miembros con diagnósticos referentes a la enfermedad vascular periférica</i> • <i>Soportes lumbosacros</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Aparatos ortopédicos y prótesis - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Aparatos ortopédicos y prótesis (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Corsés, fajas, bragueros, medias elásticas, medias de soporte y otros dispositivos de apoyo y soporte</i> • <i>Reemplazos protésicos proporcionados en un lapso de menos de 3 años después del último que cubrimos</i> • <i>Ortopedia sin receta médica (over-the-counter)</i> • <i>Accesorios o suministros para prótesis auditivas (incluyendo controles remotos y paquetes de garantía)</i> • <i>Dispositivos prostéticos bioeléctricos, programados por computadora</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Equipo médico duradero (DME)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Nosotros cubrimos la compra o renta de equipo médico duradero, de nuestra elección, incluyendo los ajustes y reparación. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno y equipo para el oxígeno • Equipo para diálisis • Camas de hospital • Sillas de ruedas • Muletas • Andadores • Dispositivos ortopédicos dinámicos para craneoplastías, cuando sean clínicamente necesarios • Aparatos de lectura audibles, bajo prescripción médica • Dispositivos de generación del habla • Otros artículos que nosotros definamos como equipo médico duradero (DME), tales como medias de compresión para diagnósticos de linfedema únicamente <p>Nota: llámenos al teléfono: 877-280-2989 tan pronto como su médico del Plan prescriba este equipo. Nosotros haremos todos los arreglos necesarios con un proveedor de servicios de salud para que le rente o le venda equipo médico duradero con tarifas de descuento y le daremos más información sobre este servicio cuando usted llame.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos equipo médico duradero cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>20% de coaseguro</p>	<p>30% de coaseguro</p>

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

Descripción del beneficio	Usted paga	
Equipo médico duradero (DME) (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Suministros para diabéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidor de glucemia • Calzado y ortopedia • Bombas de insulina <p>Nota: los medicamentos para diabéticos y ciertos suministros que incluyen agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos, tiras reactivas y lancetas, están cubiertos si cuentan con una receta médica, dentro del rubro de beneficios para medicamentos bajo prescripción médica. Vea la sección 5(f) <i>Beneficios para medicamentos bajo prescripción médica</i>.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos equipo y suministros para diabéticos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>20% de coaseguro</p>	<p>20% de coaseguro</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Equipo para baño, tales como asientos para tina, bancas, rieles o barandillas y montacargas</i> • <i>Modificaciones en el hogar, tales como ascensores o rampas para sillas de ruedas</i> • <i>Elevadores o montacargas para asiento, silla o camioneta</i> • <i>Asientos para coche</i> • <i>Bombas para lactancia, excepto como se describe en la página 32.</i> • <i>Equipo, dispositivos y ayuda para la comunicación (incluyendo equipo de computación) tales como tableros gráficos ("story boards") u otros apoyos para facilitar la comunicación a las personas con alguna discapacidad o impedimento para comunicarse (excepto los dispositivos de generación del habla mencionados anteriormente)</i> • <i>Equipo para fines estéticos</i> • <i>Dispositivos o programas para eliminar la enuresis nocturna</i> • <i>Cuidados de rutina para el pie, calzado y plantillas para calzado, excepto los cuidados del pie que sean clínicamente necesarios para aquellas personas diagnosticadas con diabetes o con la enfermedad vascular periférica.</i> • <i>Zapatos ortopédicos y correctivos a menos de que estén permanentemente adheridos a una férula o soporte Denis Browne para niños</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

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

Descripción del beneficio	Usted paga	
Equipo médico duradero (DME) (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos correctivos, plantillas ortopédicas y dispositivos de soporte para los pies • Colchones y otra ropa de cama o alarmas para la enuresis nocturna • Equipo o aparatos que no son de origen clínico, tales como frenos o correctores empleados para uso deportivo o recreativo, taponos para los oídos, medias elásticas y soportes, corsés o portaligas • Jacuzzi/hidromasaje. • Vehículos eléctricos o motorizados que pueden emplearse como sillas de ruedas • Compra o renta de equipo o suministros para el uso doméstico, incluyendo, pero no limitado a: equipos para actividad física, mesas de tracción, aires acondicionados, purificadores de agua, máquinas de depuración de aire o filtros, almohadas cervicales o lumbares, barras de seguridad o soporte, asientos de inodoro elevados, banco o asiento para ducha, camas o sillas. • Vendas, compresas o pañales • Compresas calientes y frías 	<p>Todos los cargos</p>	<p>Todos los cargos</p>
Servicios de atención domiciliaria	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Atención domiciliaria solicitada por un médico del Plan y proporcionada por una enfermera certificada, practicante de enfermería titulada, enfermera vocacional con licencia o asistente de salud en el hogar • Los servicios incluyen terapia con oxígeno, terapia intravenosa y medicamentos <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los servicios de atención domiciliaria cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería solicitado por o para la conveniencia del paciente o de la familia del paciente • Atención domiciliaria principalmente para la asistencia personal, que no incluya un componente médico y que no sea de tipo terapéutica, de rehabilitación o de diagnóstico • Cuidado de enfermería de tiempo completo 	<p>Todos los cargos</p>	<p>Todos los cargos</p>

Servicios de atención domiciliaria - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Servicios de atención domiciliaria (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado supervisado Servicios domésticos o de ama de casa Comidas de entrega a domicilio Cargos impuestos o generados por familiares directos o miembros de su núcleo familiar 		
Quiropráctico	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> Manipulación de la columna vertebral y las extremidades <p><i>Procedimientos complementarios tales como ultrasonido, electro-estimulación muscular, terapia vibratoria y aplicación de compresas frías</i></p> <p>Nota: servicios quiroprácticos limitado a 20 visitas por año del calendario.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los cuidados quiroprácticos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	\$20 de copago por visita al consultorio	\$25 de copago por visita al consultorio (No deducible)
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cualquier servicio que no esté específicamente incluido en las listas de servicios cubiertos 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Tratamientos alternativos	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
No hay beneficios.	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Cursos y programas educativos	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
Se proporciona cobertura para: Programas para dejar de fumar, incluyendo consejería o terapia telefónica individual y grupal, medicamentos sin receta médica (over-the-counter OTC) y bajo prescripción médica, aprobados por la administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration -FDA) para tratar la dependencia al tabaco. Vea la sección 5(f) para cobertura de medicamentos para dejar de fumar y cesar el uso del tabaco.	Nada para consejería o terapia hasta dos intentos para dejar de fumar al año. Nada para medicamentos sin receta (OTC) y bajo prescripción médica, aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco.	Nada para consejería o terapia hasta dos intentos para dejar de fumar al año. (No deducible) Nada para medicamentos sin receta (OTC) y bajo prescripción médica, aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco. (No deducible)

Cursos y programas educativos - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Cursos y programas educativos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
Cobertura proporcionada para: <ul style="list-style-type: none"> • Control diabético • Programas educativos para combatir la obesidad infantil • Control de enfermedades <ul style="list-style-type: none"> – Arteriopatía coronaria – Insuficiencia cardíaca crónica – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica – Depresión, ansiedad u otros diagnósticos de enfermedades mentales graves – Abuso de sustancias 	Nada	Nada (No deducible)

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

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios.
- Los médicos del Plan deben proporcionarle atención médica o hacer los arreglos necesarios para que reciba dicha atención.
- El deducible por año de calendario para la opción estándar es: \$300 por persona (\$600 para la cobertura Self Plus One –usted más una persona o \$600 para la cobertura Self and Family –usted y su familia). El deducible por año de calendario aplica a algunos de los beneficios de esta sección. Hemos agregado (“no deducible”) para mostrar cuándo no aplica el deducible por año de calendario. La opción elevada no tiene un deducible.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.
- Los servicios enlistados a continuación son para los cargos facturados por un médico o profesional de la salud con respecto a la atención quirúrgica que usted haya recibido. Vea la sección 5(c) para cargos asociados con las instalaciones (p.ej. hospital, centro quirúrgico, etc.). Los servicios profesionales están incluidos en el copago para un centro o instalación.
- El balance de facturación ocurre cuando un proveedor le factura la diferencia entre la cantidad que él facturó y la cantidad total que el proveedor recibió de su reparto de costos y de nuestro reembolso habitual y acostumbrado para servicios cubiertos aprobados. Los proveedores de la red es probable que no le realicen un balance de facturación. Los proveedores fuera de la red es probable que sí le realicen un balance de facturación y usted será responsable por la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada por el proveedor.
- **SU MÉDICO DEBERÁ OBTENER UNA PRECERTIFICACIÓN PARA ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.** Por favor consulte la información sobre pre certificación que se muestra en la sección 3 para asegurarse de cuáles son los servicios que requieren pre certificación e identificar qué tipo de cirugías requieren pre certificación.

Descripción del beneficio		Usted paga	
Nota: el deducible por año del calendario aplica para algunos beneficios de la opción estándar en esta sección. Decimos (“no deducible”) cuando no aplica.			
Procedimientos quirúrgicos	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...	
Una extensa variedad de servicios, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas, incluyendo la colocación del yeso • Cuidados pre-operatorios y post-operatorios normales por parte de un cirujano • Corrección de la ambliopía y el estrabismo • Procedimientos de endoscopia • Procedimientos de biopsia • Extirpación de tumores y quistes 	Nada por visita a su médico de cuidados básicos \$35 de copago por visita a un especialista	Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible) \$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)	

Procedimientos quirúrgicos - continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Procedimientos quirúrgicos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Corrección de anomalías congénitas (vea <i>cirugía reconstructiva</i>) • Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida (vea www.GlobalHealth.com/fehb para conocer los criterios y requisitos) • Colocación de dispositivos prostéticos internos. Vea 5(a) – <i>Aparatos ortopédicos y prótesis</i> para obtener información sobre la cobertura de los dispositivos • Esterilización voluntaria (p.ej. ligadura de trompas, vasectomía) • Tratamiento de quemaduras • Inyecciones • Circuncisión de un recién nacido después de la estancia de rutina en el hospital <p>Nota: por lo general, pagamos las prótesis internas (dispositivos) dependiendo del lugar en el que se haya realizado el procedimiento. Por ejemplo, pagamos los beneficios hospitalarios para un marcapasos y beneficios quirúrgicos para la colocación del marcapasos.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los procedimientos quirúrgicos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de una esterilización voluntaria</i> • <i>Tratamiento de rutina de enfermedades del pie (vea cuidado del pie)</i> • <i>Cirugía estética</i> • <i>Cirugía “LASIK”, tratamiento con anillos “INTACS”, queratotomía radial y otras cirugías refractivas</i> • <i>Cirugías para corregir anomalías congénitas, a menos de que exista un déficit funcional</i> • <i>Cargos por fotografías para documentar condiciones físicas</i> • <i>Procedimientos de mejora electivos o voluntarios, incluyendo pero no limitado a: crecimiento del cabello, desempeño atlético y tratamientos anti-edad.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
Cirugía reconstructiva	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una condición causada por una lesión o enfermedad, cuando: <ul style="list-style-type: none"> – la condición ha ocasionado un daño grave en la apariencia del miembro y – la condición puede ser corregida considerablemente mediante dicha cirugía • Cirugía para corregir una condición existente al nacer o desde el nacimiento y que representa una desviación significativa de la forma y norma comunes. Ejemplos de anomalías congénitas son: deformidades en orejas prominentes; labio leporino paladar hendido; lunares o marcas de nacimiento y fusión de los dedos de las manos y pies • Todas las etapas de la cirugía reconstructiva de mamas, después de una mastectomía, tales como: <ul style="list-style-type: none"> – Cirugía para lograr una apariencia simétrica de los senos; – Tratamiento de cualquier complicación física, tales como linfedema; – Prótesis de mama y sujetador quirúrgico y repuestos (vea <i>Aparatos ortopédicos y prótesis</i>) • Cirugía de cambio de sexo, limitado a: <ul style="list-style-type: none"> – Mastectomía – Histerectomía <p>Nota: si usted requiere una mastectomía, puede elegir que le realicen el procedimiento mediante hospitalización y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento. Usted puede permanecer hospitalizado por hasta 24 horas después de una disección de ganglio linfático.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la cirugía reconstructiva cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía estética – cualquier procedimiento quirúrgico (o cualquier parte o porción de un procedimiento) realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante cambios en la forma corporal, excepto la reparación de una lesión accidental, requerida por una anomalía congénita o después de una mastectomía</i> • <i>Procedimientos quirúrgicos relacionados con el cambio de sexo, que no se hayan mencionado anteriormente</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
Cirugía oral y maxilofacial	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Procedimientos quirúrgicos orales, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de fracturas de las mandíbulas o huesos faciales; • Corrección quirúrgica del labio leporino, paladar hendido o de una mal oclusión funcional grave; • Extracción de piedras de los ductos salivales; • Escisión de leucoplasia o tumores malignos; • Escisión de quistes e incisión de abscesos cuando se realizan como procedimientos independientes; • La cirugía ortognática está cubierta únicamente cuando es clínicamente necesaria (p.ej., la maloclusión ha generado una incapacidad funcional significativa); y • Otros procedimientos quirúrgicos que no involucran los dientes ni sus estructuras de soporte. <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la cirugía oral y maxilofacial cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p>	<p>Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantes y trasplantes orales</i> • <i>Procedimientos que involucran los dientes o sus estructuras de soporte (tales como la membrana periodontal, encías y hueso alveolar)</i> • <i>Cuidado ortodóntico antes, durante o después de una cirugía excepto para cuidados relacionados con paladar hendido</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Trasplantes de órganos/tejidos	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Los siguientes trasplantes de órganos sólidos están cubiertos. Los trasplantes de órganos sólidos están sujetos a una necesidad clínica o médica así como a una revisión experimental e investigación por parte del Plan. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18. Los trasplantes de órganos sólidos están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplante alogénico de células de los islotes • Córnea 	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>

Trasplantes de órganos/tejidos – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Corazón • Corazón/pulmón • Trasplantes intestinales • Intestino delgado aislado • Intestino delgado con el hígado • Intestino delgado con varios órganos, tales como hígado, estómago y páncreas • Riñón • Riñón-Páncreas • Hígado • Pulmón: sencillo/bilateral/lobar • Páncreas • Trasplante autólogo de células de los islotes del páncreas (como complemento a una pancreatectomía total o casi total) únicamente para pacientes que padecen pancreatitis crónica <p>Estos trasplantes conjuntos de sangre o trasplantes de células madre de médula ósea para trasplantes cubiertos están sujetos a la revisión del Plan para definir si son clínicamente necesarios. Consulte <i>Otros servicios</i> en la sección 3 para conocer los procedimientos de autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autólogos conjuntos para: <ul style="list-style-type: none"> – Amiloidosis – Mieloma múltiple (de novo y atendido) – Tumores recurrentes de células germinales (incluyendo cáncer testicular) 	Nada	Nada
<p>Trasplante de células sanguíneas o de células madre de la médula ósea</p> <p>El Plan extiende la cobertura para los siguientes diagnósticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia linfocítica aguda o leucemia no linfocítica (p.ej. mieloide) – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Linfoma – no Hodgkin- avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Leucemia mieloide aguda – Trastornos mieloproliferativos avanzados 	Nada	Nada

Trasplantes de órganos/tejidos – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> – Amiloidosis – Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas – Hemoglobinopatía – Insuficiencia de la médula ósea y trastornos relacionados (p.ej., síndrome de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna, aplasia pura de serie roja) – Mucopolisacaridosis (p.ej., síndrome de Hunter, síndrome de Hurler, síndrome de Sanfilippo, variantes del síndrome de Maroteaux-Lamy) – Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos – Hemoglobinuria paroxística nocturna – Enfermedades por deficiencia fagocítica/hemofagocítica (p.ej. el síndrome de Wiskott-Aldrich) – Inmunodeficiencia combinada grave – Anemia aplásica grave o muy grave • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia linfocítica aguda o leucemia no linfocítica (p.ej. mieloide) – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Linfoma –no Hodgkin- avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Linfomas -no Hodgkin- agresivos (linfoma de células de manto, leucemia/linfoma de célula T del adulto, linfoma T periférico, neoplasia agresiva de células dendríticas) – Amiloidosis – Cáncer de mama – Cáncer epitelial de ovario – Sarcoma de Ewing – Mieloma múltiple – Neuroblastoma – Tumores testiculares, mediastinales, retroperitoneales y de células germinales de los ovarios <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los trasplantes cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos la cirugía y los servicios relacionados así como los</p>	Nada	Nada

Trasplantes de órganos/tejidos – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	Nada	Nada
<p>Mini trasplantes realizados en un entorno clínico de ensayo (no mieloablativos, acondicionamiento de intensidad reducida) para miembros con un diagnóstico mencionado a continuación y que están sujetos a la revisión del Plan para definir si son clínicamente necesarios.</p> <p>Consulte <i>Otros servicios</i> en la sección 3 para conocer los procedimientos de autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia linfocítica aguda o leucemia no linfocítica (p.ej, mieloide) – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Linfoma – no Hodgkin- avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Leucemia mieloide aguda – Trastornos mieloproliferativos avanzados (MDPs) – Amiloidosis – Leucemia linfocítica crónica /linfoma linfocítico de células pequeñas – Hemoglobinopatía – Insuficiencia de la médula ósea y trastornos relacionados (p.ej., síndrome de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna, aplasia pura de serie roja) – Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos – Hemoglobinuria paroxística nocturna – Inmunodeficiencia combinada grave – Anemia aplásica grave o muy grave • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia linfocítica aguda o leucemia no linfocítica (p.ej. mieloide) – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Linfoma –no Hodgkin- avanzado con recurrencia (reincidencia o recaída) – Amiloidosis – Neuroblastoma 	Nada	Nada

Trasplantes de órganos/tejidos – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Trasplantes de órganos/tejidos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Estos trasplantes de células sanguíneas o de células madre de la médula ósea están cubiertos únicamente en ensayos clínicos aprobados en un Instituto nacional para el cáncer o en Institutos nacionales para la salud o bien en un centro de excelencia designado por el Plan, siempre y cuando haya sido aprobado por el director médico del Plan, de acuerdo con los protocolos propios del Plan.</p> <p>Si usted participa en un ensayo clínico, el Plan le proporcionará los beneficios para la atención médica de rutina que sea clínicamente necesaria (tal y como visitas al doctor, pruebas de laboratorio, rayos x y escaneos así como la hospitalización relacionada con el tratamiento de la enfermedad o condición del paciente) cuando no sea proporcionada por el ensayo clínico. Encontrará información adicional sobre los costos relacionados a los ensayos clínicos en la sección 9. Lo alentamos a que se ponga en contacto con el Plan para discutir los servicios específicos que usted obtendría si participara en un ensayo clínico.</p> <p>Trasplantes autólogos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer renal infantil avanzado • Sarcoma de Ewing avanzado • Rbdomiosarcoma infantil • Cáncer epitelial de ovario • Linfoma de células del manto (Linfoma – no Hodgkin-) <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los trasplantes cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 16.</p> <p>Nota: nosotros cubrimos los gastos médicos y hospitalarios relacionados con el donante cuando cubrimos al receptor. Cubrimos las pruebas del donante cuando se trata del donante efectivo de un órgano sólido o hasta cuatro donantes cuando se trata de trasplante de médula ósea / células madre, además de las pruebas realizadas a los familiares.</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Exámenes de valoración para el donante así como gastos relacionados con la búsqueda de donantes, excepto en los casos antes mencionados</i> • <i>Implantes de órganos artificiales o no humanos</i> • <i>Trasplantes no incluidos en la lista de cobertura</i> • <i>Hospedaje, comidas y transporte (para el donante o el receptor).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
Anestesia	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Servicios profesionales proporcionados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente internado) • Departamento ambulatorio de un hospital • Instalaciones para cuidado de enfermería especializada • Centro quirúrgico ambulatorio • Consultorio <p>Nota: vea la sección 5(c) para servicios de anestesia proporcionados por el hospital o centro.</p>	<p>Nada</p> <p>Nota: cuando el anesthesiologo es el único proveedor de servicios, tal como manejo y tratamiento del dolor, aplica el copago para el especialista</p>	<p>Nada</p> <p>Nota: cuando el anesthesiologo es el único proveedor de servicios, tal como manejo y tratamiento del dolor, aplica el copago para el especialista</p>

Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital o cualquier otro centro o instalación y servicios de ambulancia

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios
- Los médicos del Plan deben proporcionarle atención médica o hacer los arreglos necesarios para que reciba dicha atención y usted deberá ser hospitalizado en una instalación, hospital o centro que se encuentre dentro de la red.
- El deducible por año de calendario para la opción estándar es: \$300 por persona (\$600 para la cobertura Self Plus One –usted más una persona o \$600 para la cobertura Self and Family –usted y su familia). El deducible por año de calendario aplica a algunos de los beneficios de esta sección. Hemos agregado (“no deducible”) para mostrar cuándo no aplica el deducible por año de calendario. La opción elevada no tiene un deducible.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.
- Las cantidades enlistadas a continuación son para los cargos facturados por una instalación (p.ej., hospital o centro quirúrgico) o servicio de ambulancia para su cirugía o cuidados. Cualquier otro costo asociado con cargos profesionales (p.ej., médicos, etc.) está incluido.
- **SU MÉDICO DEBERÁ OBTENER UNA PRECERTIFICACIÓN PARA ESTANCIAS EN EL HOSPITAL.** Por favor consulte la información sobre pre certificación que se muestra en la sección 3 para asegurarse de cuáles son los servicios que requieren pre certificación.

Descripción del beneficio	Usted paga	
Nota: el deducible por año del calendario aplica para algunos beneficios de la opción estándar en esta sección. Decimos (“no deducible”) cuando no aplica.		
Hospitalización	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
Hospedaje y comida, tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento en sala de hospital, semi privado o de cuidados intensivos • Atención y cuidados de enfermería en general • Comidas y dietas especiales Nota: si usted desea una habitación privada cuando no es clínicamente necesaria, deberá pagar el cargo adicional sobre la tarifa de la habitación semi privada.	Maternidad: \$250 de copago por admisión Todas las demás estancias: \$250 de copago por día con un máximo de \$750 de copago por admisión	Maternidad: \$300 de copago por día con un máximo de \$900 de copago por admisión Todas las demás estancias: \$500 de copago por día con un máximo de \$1,500 de copago por admisión
Otros servicios y suministros hospitalarios, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano, sala de recuperación, sala de maternidad y otras salas de tratamiento • Medicamentos bajo prescripción médica • Análisis de diagnóstico en el laboratorio, rayos x y servicios de patología • Escaneos especializados, imagenología y pruebas de diagnóstico 	Nada	Nada

Hospitalización – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia, radiación, diálisis renal y terapia de infusión • Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos y agentes biológicos • Vendajes, férulas, yesos y servicios de bandeja estéril • Suministros y equipo médico, incluyendo oxígeno • Anestésicos, incluyendo los servicios de una enfermera anestesista • Artículos para llevarse a casa • Suministros médicos, aparatos, equipo médico y cualquier otro artículo bajo cobertura, cobrado por un hospital para ser usado en casa <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la hospitalización cuando hemos pre autorizado el tratamiento, excepto en el caso de las estancias relacionadas con el parto o con emergencias. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	Nada	Nada
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidado supervisado</i> • <i>Instalaciones o centros sin cobertura, tales como asilos, escuelas</i> • <i>Artículos para el confort personal, tales como teléfono, televisión, servicios de barbería, comidas y camas para huéspedes</i> • <i>Atención privada de enfermería</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
<p>Hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento • Medicamentos bajo prescripción médica • Análisis de diagnóstico en el laboratorio, rayos x y servicios de patología • Administración de sangre, plasma y otros componentes biológicos • Sangre y plasma sanguíneo, en caso de no haber sido donado o repuesto • Análisis pre-operatorios 	<p>Instalación preferente: \$250 de copago</p> <p>Instalación no preferencial: \$750 de copago</p>	<p>Instalación preferente: \$500 de copago</p> <p>Instalación no preferencial: \$1,000 de copago</p>

Hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Vendajes, férulas, yesos y servicios de bandeja estéril • Suministros médicos, incluyendo oxígeno • Anestésicos y servicio de anestesia • Servicios quirúrgicos del médico • Quimioterapia y terapia de radiación • Terapia de infusión intravenosa • Diálisis renal • Visitas a una instalación preferencial o no preferencial para recibir los servicios de un tratamiento que no es de emergencia <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la cirugía ambulatoria cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Instalación preferente: \$250 de copago</p> <p>Instalación no preferencial: \$750 de copago</p>	<p>Instalación preferente: \$500 de copago</p> <p>Instalación no preferencial: \$1,000 de copago</p>
Beneficios para una atención prolongada/beneficios para instalaciones destinadas al cuidado de enfermería especializada	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios para una atención prolongada • Instalaciones para cuidado de enfermería especializada <p>Se proporciona cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospedaje y comida • Services médicos • Atención y cuidados de enfermería en general • Comidas y dietas especiales • Medicamentos bajo prescripción médica • Análisis de diagnóstico en el laboratorio, rayos x y servicios de patología • Fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje • Vendajes, férulas, yesos y servicios de bandeja estéril • Suministros y equipo médico, incluyendo oxígeno • Anestésicos, incluyendo los servicios de una enfermera anestesista • Artículos para llevarse a casa 	<p>\$250 de copago por admisión</p>	<p>\$500 de copago por admisión</p>

Beneficios para una atención prolongada/beneficios para instalaciones destinadas al cuidado de enfermería especializada – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
<p>Beneficios para una atención prolongada/beneficios para instalaciones destinadas al cuidado de enfermería especializada (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros médicos, aparatos, equipo médico y cualquier otro artículo bajo cobertura durante la estancia en una instalación para cuidado de enfermería especializada <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la atención prolongada o el cuidado de enfermería especializada cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Opción elevada</p> <p>\$250 de copago por admisión</p>	<p>Opción estándar Después del deducible por año del calendario...</p> <p>\$500 de copago por admisión</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Cuidado supervisado</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>El cuidado paliativo y de apoyo proporcionado en el hogar o en instalaciones hospitalarias para un miembro enfermo terminal, está cubierto cuando es dirigido por un proveedor del Plan quien certifica que el paciente está en las etapas terminales de su enfermedad, con una expectativa de vida de aproximadamente 6 meses o menos.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los cuidados paliativos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>Opción elevada</p> <p>Nada</p>	<p>Opción estándar Después del deducible por año del calendario...</p> <p>Nada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Enfermería privada, servicios domésticos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Cuidados al final de la vida</p> <p>La planificación anticipada de la atención médica consiste en una serie de pasos diseñados para ayudar a las personas a: a) conocer más sobre las opciones de atención médica que existen para la última etapa de la vida b) definir cuáles son los tipos de cuidado que mejor se adecúan a sus intereses, deseos y expectativas personales; y c) compartir sus deseos con su familia, amigos y sus médicos. En algunos casos, los pacientes que ya han considerado sus opciones, podrían únicamente necesitar una conversación sobre la planificación anticipada de la atención médica, con su doctor. En otros casos, los pacientes pueden requerir una serie de conversaciones con su médico o con cualquier otro profesional de la salud para comprender y definir claramente cuáles son sus deseos para el final de la vida.</p>	<p>Opción elevada</p> <p>Nada por visita a su médico de cuidado básico</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> <p>Nada para servicios de hospitalización</p> <p>Nada para beneficios atención prolongada/ servicios de cuidado de enfermería especializada</p>	<p>Opción estándar Después del deducible por año del calendario...</p> <p>Nada por visita a su médico de cuidado básico (No deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)</p> <p>Nada para servicios de hospitalización</p> <p>Nada para beneficios atención prolongada/ servicios de cuidado de enfermería especializada</p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
Ambulancia	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Servicio de ambulancia profesional, local cuando sea médicamente apropiado</p> <p>Nota: está cubierta la ambulancia aérea al hospital más cercano en donde exista el tratamiento necesario disponible, cuando no haya transporte terrestre de emergencia o cuando no sea adecuado debido a la condición del paciente y dicha condición justifique su evacuación inmediata. La ambulancia aérea no será cubierta si el traslado es más allá del hospital adecuado más cercano, pero un paciente o un médico lo solicita para continuar con la atención médica o por otras razones.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos el servicio de ambulancia, no de emergencia, cuando lo hemos pre autorizado. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	\$50 de copago	\$75 de copago
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de camioneta para silla de ruedas y camioneta para camilla</i> • <i>Ambulancia y otros medios de transporte de o hacia los servicios ofrecidos, incluyendo, pero no limitado a citas con el médico, diálisis o pruebas de diagnóstico no relacionadas con el cuidado médico del paciente hospitalizado que se encuentra bajo cobertura</i> • <i>Ambulancia aérea cuando el paciente no requiere la asistencia de personal clínicamente capacitado y puede ser trasladado o transportado de otra manera</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios.
- El deducible por año de calendario para la opción estándar es: \$300 por persona (\$600 para la cobertura Self Plus One –usted más una persona o \$600 para la cobertura Self and Family –usted y su familia). El deducible por año de calendario aplica a algunos de los beneficios de esta sección. Hemos agregado (“no deducible”) para mostrar cuándo no aplica el deducible por año de calendario. La opción elevada no tiene un deducible.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.
- El balance de facturación ocurre cuando un proveedor le factura la diferencia entre la cantidad que él facturó y la cantidad total que el proveedor recibió de su reparto de costos y de nuestro reembolso habitual y acostumbrado para servicios cubiertos aprobados. Los proveedores de la red es probable que no le realicen un balance de facturación. Los proveedores fuera de la red es probable que sí le realicen un balance de facturación y usted será responsable por la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada por el proveedor.

¿Qué es una lesión accidental?

Una lesión accidental es una lesión causado por una fuerza o elemento externo tal como un golpe o caída y que requiere atención médica inmediata, incluyendo mordeduras de animales y envenenamientos.

Si usted sufre un accidente

Si usted sufre un accidente y se encuentra fuera del área de servicio o no tiene ningún control sobre el lugar al que lo trasladen después del accidente, deberá notificarlo a su médico de cuidados básicos en un lapso no mayor a 48 horas, a menos de que no le sea posible hacerlo. Siempre hay un médico de guardia las 24 horas del día para tomar su llamada en el teléfono que se encuentra en su credencial de identidad (ID card).

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es el surgimiento repentino e inesperado de una condición o lesión que, usted cree, pone en peligro su vida o puede llevar a una lesión o discapacidad seria y por lo tanto requiere atención médica o quirúrgica inmediata. Algunos problemas son emergencias porque, de no tratarse oportunamente, pueden agravarse; ejemplos de ellos incluyen las heridas o incisiones profundas y los huesos rotos. Otros son emergencias porque son amenazas potencialmente mortales, tales como infartos, embolias, envenenamientos o intoxicaciones, heridas de bala o la incapacidad repentina para respirar. Existen muchas otras afecciones agudas que podemos calificar como emergencias médicas – lo que todas ellas tienen en común, es la necesidad de una intervención rápida.

¿Qué hacer en caso de emergencia?:

1. Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.
2. Identifíquese como miembro de GlobalHealth mostrando su credencial de identidad (ID card).
3. Llame al consultorio de su médico de cuidados básicos en un lapso no mayor de 48 horas, a menos de que no le sea posible hacerlo. Hágle saber a su médico que ha sido tratado en una sala de emergencias. Recuerde, la condición es que debe ser una emergencia verdadera.
4. Si es usted hospitalizado en un hospital que no forma parte de la red, su médico de cuidados básicos y/o GlobalHealth hará todos los arreglos necesarios para trasladarlo a uno de los hospitales que estén bajo contrato con nosotros.
5. Si usted necesita cuidados preventivos, de rutina o de seguimiento después de haber sido atendido en una sala de emergencias, dicha atención médica deberá ser gestionada o proporcionada por su médico de cuidados básicos.

Atención urgente dentro de nuestra área de servicio

La atención urgente se define como el cuidado de una enfermedad, lesión o afección, lo suficientemente seria, como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir la atención en una sala de emergencias.

Los centros o instalaciones para atención urgente no sustituyen a su médico de cuidados básicos. Su médico de cuidados básicos deberá ser su primer contacto siempre que requiera atención médica no de emergencia. Si usted necesita acudir a un centro de atención urgente,

es buena idea que le envíe los resultados de cualquier examen o pruebas de diagnóstico a su médico de cuidados básicos, junto con una lista de las nuevas recetas o prescripciones. Eso ayudará a mantener una continuidad en su atención médica.

La atención urgente es un beneficio dentro de la cobertura, sujeto a ciertos copagos fijos. *El uso de la sala de emergencias para servicios de atención urgente que no hayan sido pre autorizados por su médico de cuidados básicos no será cubierto.*

1. Si usted requiere atención médica urgente, llame al consultorio de su médico de cuidados básicos e infórmeles que es usted un miembro de GlobalHealth.
2. Informe a su médico de cuidados básicos o al personal de su consultorio que tiene usted un problema médico urgente y requiere ayuda, describa su afección o síntomas.
3. Durante el horario de oficinas, su llamada será transferida a su médico de cuidados básicos o a un miembro de su equipo médico que le dará instrucciones.
4. Después del horario de oficinas, usted tiene dos opciones:
 - Llamar al número telefónico de su credencial de identidad para contactar a su médico de cuidados básicos. El servicio de respuesta telefónica de su médico de cuidados básicos tomará su nombre y número telefónico. Su médico de cuidados básicos le devolverá la llamada. En ese momento usted recibirá instrucciones médicas, que pueden incluir el dirigirlo a un centro de atención urgente.
 - Usted puede auto-referirse a un centro de atención urgente dentro de la red. Consulte el directorio de médicos y proveedores de salud de GlobalHealth (*Physician & Health Providers Directory*) para contar con una lista completa de todos estos centros o instalaciones; también puede hacerlo en línea en la siguiente página: www.GlobalHealth.com/fehb.
5. Toda la atención de seguimiento deberá ser gestionada o proporcionada por su médico de cuidados básicos

Atención urgente fuera de nuestra área de servicio

Si usted está viajando fuera del Estado de Oklahoma pero dentro de los Estados Unidos y requiere atención urgente que no puede postergarse hasta su regreso al área de servicio de GlobalHealth, póngase en contacto con su médico de cuidados básicos para recibir consejo médico y dirección, y/o auto-refiérase a un centro de atención urgente.

Toda la atención de seguimiento deberá ser gestionada o proporcionada por su médico de cuidados básicos.

Descripción del beneficio	Usted paga	
Nota: el deducible por año del calendario aplica para casi todos los beneficios de la opción estándar en esta sección. Decimos (“no deducible”) cuando no aplica.		
Emergencia dentro de nuestra área de servicio	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
Lesión accidental o atención médica de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia en el consultorio de un doctor • Atención de emergencia en un centro de atención urgente • Atención de emergencia como paciente ambulatorio en un hospital, incluyendo los servicios del médico Nota: el copago por la sala de emergencias (ER) se condona si usted es hospitalizado.	Nada por visita a su médico de cuidados básicos \$35 de copago por visita a un especialista \$25 de copago por visita a un centro de atención urgente \$250 de copago por visita a una sala de emergencias	Nada por visita a su médico de cuidados básicos (No deducible) \$45 de copago por visita a un especialista (No deducible) \$45 de copago por visita a un centro de atención urgente (No deducible) \$300 de copago por visita a una sala de emergencias
<i>No cubierto:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Atención médica optativa o atención médica no de emergencia</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Emergencia fuera de nuestra área de servicio	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
Lesión accidental o atención médica de emergencia	\$35 de copago por visita al consultorio de un médico	\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible)

Emergencia fuera de nuestra área de servicio – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Emergencia fuera de nuestra área de servicio (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> Atención de emergencia en el consultorio de un doctor Atención de emergencia en un centro de atención urgente Atención de emergencia como paciente ambulatorio en un hospital, incluyendo los servicios del médico <p>Nota: el copago por la sala de emergencias (ER) se condona si usted es hospitalizado.</p>	\$35 de copago por visita al consultorio de un médico \$25 de copago por visita a un centro de atención urgente \$250 de copago por visita a una sala de emergencias	\$45 de copago por visita a un especialista (No deducible) \$45 de copago por visita a un centro de atención urgente (No deducible) \$300 de copago por visita a una sala de emergencias
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Atención médica optativa, atención médica no de emergencia y atención médica de seguimiento recomendada por proveedores que no forman parte del Plan, que no ha sido aprobada por el Plan o proporcionada por los proveedores del Plan Atención médica de emergencia proporcionada fuera del área de servicio cuando la necesidad de la atención médica podría haberse previsto antes de salir del área de servicio Los costos médicos y hospitalarios que resulten del parto normal en un embarazo a término de un bebé, fuera del área de servicio cuando había el tiempo necesario para trasladarse a un hospital de la red y el traslado no planteaba ningún riesgo para la salud de la madre o del bebé no nato. Atención urgente fuera de los Estados Unidos (50 estados y el Distrito de Columbia – DC) 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Ambulancia	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Servicio profesional de ambulancia, incluyendo ambulancia aérea cuando es médicamente adecuado.</p> <p>Nota: está cubierta la ambulancia aérea al hospital más cercano en donde exista el tratamiento necesario disponible, cuando no haya transporte terrestre de emergencia o cuando no sea adecuado debido a la condición del paciente y dicha condición justifique su evacuación inmediata. La ambulancia aérea no será cubierta si el traslado es más allá del hospital adecuado más cercano, pero un paciente o un médico lo solicita para continuar con la atención médica o por otras razones.</p> <p>Nota: vea la sección 5(c) para servicio no de emergencia.</p>	\$50 de copago	\$75 de copago
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea sin aprobación previa Ambulancia aérea cuando el paciente no requiere la asistencia de personal clínicamente capacitado y puede ser trasladado o transportado de otra manera 	<p><i>Todos los cargos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Ambulancia – continúa en la siguiente página

Opciones elevada y estándar

Descripción del beneficio	Usted paga	
Ambulancia (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> <i>Servicios de camioneta para silla de ruedas y camioneta para camilla</i> <i>Cualquier forma de transporte desde o hacia algún servicio que no sea de emergencia (tal como las citas con el médico)</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(e). Beneficios en materia de salud mental y abuso de sustancias

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios.
- Los médicos del Plan deben proporcionarle atención médica o hacer los arreglos necesarios para que reciba dicha atención.
- El deducible por año de calendario para la opción estándar es: \$300 por persona (\$600 para la cobertura Self Plus One –usted más una persona o \$600 para la cobertura Self and Family –usted y su familia). El deducible por año de calendario aplica a algunos de los beneficios de esta sección. Hemos agregado (“no deducible”) para mostrar cuándo no aplica el deducible por año de calendario. La opción elevada no tiene un deducible.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.
- Nosotros proporcionaremos los criterios de revisión médica o los motivos para determinados rechazos a los afiliados, miembros o proveedores bajo petición o según sea requerido.
- El balance de facturación ocurre cuando un proveedor le factura la diferencia entre la cantidad que él facturó y la cantidad total que el proveedor recibió de su reparto de costos y de nuestro reembolso habitual y acostumbrado para servicios cubiertos aprobados. Los proveedores de la red es probable que no le realicen un balance de facturación. Los proveedores fuera de la red es probable que sí le realicen un balance de facturación y usted será responsable por la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada por el proveedor.

Descripción del beneficio	Usted paga	
Nota: el deducible por año del calendario aplica para casi todos los beneficios de la opción estándar en esta sección. Decimos (“no deducible”) cuando no aplica.		
Servicios profesionales	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Cubrimos los servicios profesionales de médicos profesionales certificados en el tratamiento de problemas de salud mental y de abuso de sustancias, cuando actúen dentro del ámbito de su licencia, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales con licencia o terapeutas de pareja y de familia.</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de afecciones psiquiátricas, enfermedades mentales o trastornos mentales. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación diagnóstica • Intervención en crisis y estabilización para episodios agudos • Valoración y administración de medicamentos (farmacoterapia) • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas necesarias para determinar el tratamiento psiquiátrico apropiado • Tratamiento y consejería (incluyendo consultas con el terapeuta individuales o en grupo) 	<p>Nada</p>	<p>Nada (No deducible)</p>

Servicios profesionales – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Servicios profesionales (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y la drogadicción, incluyendo desintoxicación, tratamiento y consejería Terapia electro convulsiva 	Nada	Nada (No deducible)
<ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales de médicos para tratamiento ambulatorio intensivo en el consultorio de un proveedor de servicios médicos o en algún otro entorno profesional. <p>Nota: un plan de tratamiento es un régimen prescrito que deberá cumplirse durante un determinado periodo de tiempo.</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos programas ambulatorios intensivos cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>\$35 de copago por visita al consultorio durante las primeras 10 visitas para cada plan de tratamiento, después no habrá copago para el resto del tratamiento.</p> <p>Cada plan de tratamiento cuenta con un copago individual.</p>	<p>\$45 de copago por visita al consultorio (No deducible) durante las primeras 10 visitas para cada plan de tratamiento, después no habrá copago para el resto del tratamiento.</p> <p>Cada plan de tratamiento cuenta con un copago individual</p>
Diagnósticos	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de diagnóstico ambulatorias proporcionadas y facturadas por un médico profesional certificado en el tratamiento de problemas de salud mental y de abuso de sustancias Pruebas de diagnóstico ambulatorias proporcionadas y facturadas por un laboratorio, hospital u otro centro o instalación dentro de la cobertura Pruebas de diagnóstico para pacientes hospitalizados, proporcionadas y facturadas por un hospital u otro centro o instalación dentro de la cobertura 	Nada	Nada (No deducible)
Hospitales para pacientes internos u otra instalación dentro de la cobertura	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Servicios de hospitalización proporcionados y facturados por un hospital u otro centro o instalación dentro de la cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospedaje y comida, tal como alojamiento semiprivado o de cuidados intensivos, cuidados de enfermería en general, comidas y dietas especiales, así como otros servicios hospitalarios <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la hospitalización cuando hemos pre autorizado el tratamiento, excepto en los casos de emergencia. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	<p>\$250 de copago por día con un máximo de \$750 de copago por admisión</p>	<p>\$500 de copago por día con un máximo de \$1,500 de copago por admisión</p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
Hospital ambulatorio o instalaciones y centros bajo cobertura	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Servicios ambulatorios proporcionados y facturados por un hospital o por una instalación o centro distinto.</p> <p>Servicios en programas de tratamiento aprobados, tales como hospitalización parcial, casa de alojamiento o reinserción, tratamiento residencial, hospitalización del día completo o tratamiento ambulatorio intensivo basado en centros o instalaciones</p> <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos los servicios ambulatorios en un hospital o centro cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase <i>otros servicios</i> en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	\$250 de copago por admisión	\$500 de copago por admisión

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos bajo prescripción médica

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Nosotros cubrimos los medicamentos bajo prescripción médica, de acuerdo a lo descrito en la tabla que comienza en la página 66.
- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios.
- Los miembros deben asegurarse de que sus médicos obtengan la aprobación/autorización previa para ciertos medicamentos bajo prescripción médica y suministros antes de que la cobertura aplique. Estas aprobaciones/autorizaciones deben ser renovadas periódicamente. Véase *otros servicios* en el apartado *Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios* en la página 16.
- La ley federal impide a las farmacias que acepten medicamentos sin usar.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.

Existen algunos aspectos importantes que usted debe tener presentes. Estos incluyen:

¿Quién puede escribir su receta o prescripción? Un médico o dentista con licencia y en los estados donde así se permite, un asistente médico certificado o con licencia, practicante de enfermería y psicólogo deberán escribir su receta o prescripción. En este Plan, un médico o proveedor de la red debe escribir la receta o prescripción. Las únicas excepciones son:

- Médicos de las salas de emergencias o médicos de atención urgente;
- Proveedores que no formen parte de la red, cuando el miembro reciba la pre-autorización para ver a dicho proveedor; y
- Dentistas

¿En dónde pueden obtenerlas? Usted deberá surtir sus prescripciones en farmacias de la red o por correo.

- Consulte la página: www.GlobalHealth.com/fehb para obtener una lista de las farmacias de la red.
- Existe una excepción para emergencias médicas y para atención de urgencia. Si se trata de una emergencia médica o atención de urgencia, nosotros cubrimos las prescripciones o recetas que le den los doctores que no son proveedores del Plan así como las recetas surtidas en farmacias que no son parte del Plan.
- No todos los medicamentos pueden surtirse mediante una orden por correo a una farmacia. Los fármacos para tratar enfermedades agudas por un corto periodo de tiempo, tales como los antibióticos o medicamentos fuertes contra el dolor, deberán obtenerse de manera inmediata por lo que es más adecuado surtirlos en una farmacia local. Las farmacias a domicilio Magellan (Magellan Home Delivery Pharmacies) no ofrecen el servicio de medicamentos compuestos (medicamentos que son mezclados por un farmacéutico para cumplir con los requerimientos específicos de un miembro, p.ej. la dosis, presentación y potencia exacta, que no se encuentran disponibles en el mercado).

Nosotros empleamos un formulario. Los medicamentos son prescritos por doctores del Plan y administradas de acuerdo con el formulario de medicamentos del Plan. El formulario de medicamentos es una lista de los fármacos cubiertos.

- Nivel 1: medicamentos genéricos, incluyendo genéricos de bajo costo
- Nivel 2: medicamentos preferenciales de marca
- Nivel 3: medicamentos no preferenciales (de marca y genéricos)
- Nivel 4: medicamentos preferenciales especializados
- Nivel 5: medicamentos no preferenciales especializados

Todas las medicinas y productos deberán ser aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos - FDA. Ciertos medicamentos requieren de una pre certificación que deberá solicitar su doctor al Plan, antes de que puedan ser prescritos dentro del mismo. Visite nuestro sitio de Internet en la dirección: www.GlobalHealth.com/fehb para consultar nuestro formulario o llame al: 877-280-2989.

Si usted es nuevo en GlobalHealth y se encuentra actualmente bajo un plan de tratamiento en el que se emplea un medicamento fuera del formulario, su doctor puede solicitar una excepción. Véase *Solicitar una excepción expedita* en

la siguiente página.

Estos son los límites para la administración de los medicamentos. GlobalHealth obedece los lineamientos de la FDA (Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos) para la administración de los medicamentos. Los medicamentos bajo prescripción médica, que están dentro de la cobertura, recetados por un médico con licencia y que se obtienen en una farmacia al menudeo que participa en el Plan, puede ser administrado en una cantidad de hasta 30 días de reserva. Los miembros deben obtener un suministro de medicamentos bajo prescripción médica cubiertos, de 31 días y hasta 90, mediante una orden por correo o mediante un suministro ampliado en una farmacia al menudeo que forma parte de la red. Los medicamentos especializados sólo pueden ser suministrados para un periodo de 30 días a través de una farmacia especializada.

Si un miembro es llamado a filas en el ejército, él o ella deberán obtener un suministro de mediano plazo, enviando una solicitud a GlobalHealth. El miembro pagará los copagos para un suministro extendido dentro de la red con el fin de mantener los medicamentos dependiendo del número de meses que los requiera (un copago por cada suministro de 90 días). Los miembros que se vean afectados por una emergencia nacional o de otro tipo, pueden enviar una solicitud a GlobalHealth. Llame al teléfono: 877-280-2989 para recibir ayuda. En ningún caso el copago deberá exceder el costo del medicamento bajo prescripción médica.

Un medicamento genérico equivalente podrá ser administrado si está disponible, a menos de que su médico requiera específicamente una marca en especial. Si usted recibe un medicamento de marca cuando hay disponible un medicamento genérico aprobado federalmente y su médico no ha especificado que se suministre el medicamento de marca, usted tendrá que pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el de marca.

¿Por qué utilizar medicamentos genéricos? Los medicamentos genéricos se producen y se venden bajo nombres químicos y no con el nombre que le asignan las compañías que los manufacturan. Un medicamento genérico es una versión más barata del medicamento de marca. Algunos medicamentos de marca tienen su equivalente genérico y otros no. Los medicamentos genéricos cuestan menos, pero tanto los genéricos como los de marca, son iguales en términos de calidad y de efectividad. La ley exige que un medicamento genérico contenga la misma cantidad del mismo ingrediente medicinal activo que el medicamento de marca. Sin embargo, un medicamento genérico puede diferir en ciertos aspectos como su color, sabor, la forma de la píldora o tableta y los ingredientes inactivos (no medicinales) que contiene. Usted paga menos por los medicamentos del formulario, si compra medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca. La lista del formulario de GlobalHealth incluye a la mayoría de los medicamentos genéricos. Cuando existe un medicamento genérico disponible, la lista del formulario por lo general incluye únicamente el genérico. Las farmacias del Plan de GlobalHealth así como el servicio de entrega por correo, suministran recetas o prescripciones empleando medicamentos genéricos y no medicamentos de marca, siempre que esto sea posible.

¿Cuándo debe presentar una reclamación? Los medicamentos suministrados en una farmacia de la red, por lo general se facturan directo a Magellan Rx Management, LLC. Sin embargo, si usted surte una receta o prescripción sin su credencial de identidad como miembro (member ID card), es probable que se le exija que pague a la farmacia. Si esto sucede, llame al teléfono: 800-424-1789 (llamada sin costo) o al 711 (TTY).

Autorización previa, terapia por pasos, límites de cantidad y excepciones: su Plan incluye el empleo de programas de manejo y gestión basados en los descubrimientos médicos actuales, en la información de las etiquetas del fabricante, aprobadas por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos - (U.S. Food and Drug Administration -FDA), costo y acuerdos de tarifas del productor. Vea su formulario de medicamentos para consultar cualquier tipo de restricciones para algún medicamento en específico. La siguiente tabla describe la autorización previa, la terapia por pasos, los límites de cantidad y las excepciones:

Término	Gestión y manejo- llame al 918-878-7361
Autorización previa	A los médicos se les exige contar con una autorización previa para ciertos medicamentos, incluyendo medicamentos compuestos. Esto promueve el uso apropiado y los costos efectivos. Los suministros y equipo correspondientes, también requieren una autorización previa. Es probable que no cubramos el medicamento, suministro o equipo sin una autorización previa.
Terapia por pasos	La terapia por pasos exige uno o más prerrequisitos, los medicamentos clínicamente equivalentes deben ser probados antes de que un medicamento para terapia de pasos sea cubierto.
Límites de cantidad	Existen límites para la cantidad de determinados medicamentos que usted puede recibir. Estos medicamentos, si se toman de manera inapropiada por un periodo demasiado largo de tiempo, podrían resultar peligrosos y podrían causar efectos negativos.
Solicitar una excepción estándar	<p>Usted puede solicitar a GlobalHealth que no aplique ciertas restricciones y límites a la cobertura. Llame al: 918-878-7361. Generalmente, nosotros únicamente aprobaremos su solicitud para una excepción si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento alternativo está incluido en el formulario del Plan; • El medicamento en el nivel más bajo o ciertas restricciones de uso, adicionales, no resultarían tan

Término	Gestión y manejo- llame al 918-878-7361
	<p>efectivos en el tratamiento de su afección; y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ocasionaría efectos médicos negativos. <p>En el caso de una solicitud para cubrir un medicamento que no forma parte del formulario de medicamentos, el médico debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una justificación que fundamente y soporte la necesidad de contar con un medicamento fuera del formulario para tratar su afección; y • Un informe o declaración en el que se asiente que todos los medicamentos cubiertos del formulario, en cualquiera de los niveles, serían o han sido inefectivos, no serían tan efectivos como el medicamento que no es del formulario o tendrían efectos negativos. <p>Usted, su persona designada o su médico deberán ponerse en contacto con nosotros para recibir instrucciones sobre cómo obtener una excepción de restricción en el uso o empleo. Su médico deberá presentar un formulario de solicitud sobre autorización previa con información de apoyo. Se tomará una decisión en un periodo de 72 horas a partir de que se recibe su solicitud así como la información necesaria para comenzar la revisión.</p> <p>Si la excepción es otorgada, ésta será para la duración de la prescripción, incluyendo reposiciones. Usted podrá presentar su solicitud, llamando al: 918-878-7361.</p>
Solicitar una excepción expedita	<p>Usted, su persona designada o el médico que prescribe, podrán solicitar un proceso expedito para excepciones, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted sufre un problema o afección de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o la capacidad para recuperar la función corporal máxima, o • Usted está sometido a un plan de tratamiento actual, empleando un medicamento que no forma parte del formulario. <p>Nosotros le informaremos nuestra decisión a usted, a su persona designada o al médico que prescribe en un lapso de 24 horas a partir de haber recibido la solicitud y la información suficiente para comenzar la revisión. Si la excepción es otorgada, ésta será para la duración de la prescripción, incluyendo reposiciones.</p> <p>Usted podrá presentar su solicitud, llamando al: 918-878-7361.</p>

Descripción del beneficio	Usted paga	
Medicamentos y suministros	Opción elevada	Opción estándar
<p>Nosotros cubrimos los siguientes medicamentos y suministros prescritos por un médico del Plan y adquiridos en una farmacia del Plan o a través de nuestro programa de pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, según la ley federal de los Estados Unidos, requieren la prescripción o receta de un médico para poder adquirirse, excepto aquellas que se encuentran en la lista como <i>no cubiertas</i> • Medicamentos compuestos – se requiere autorización previa y aplican los límites. Vea nuestro sitio de Internet para conocer nuestra política sobre medicamentos compuestos • Insulina • Medicamentos para la fertilidad, orales y auto inyectables • Medicamentos para la disfunción sexual 	<p>Nota: si no existe un equivalente genérico disponible, tendrá que pagar de cualquier manera el copago por marca.</p>	<p>Nota: si no existe un equivalente genérico disponible, tendrá que pagar de cualquier manera el copago por marca.</p>

Medicamentos y suministros – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Medicamentos y suministros (continuación)	Opción elevada	Opción estándar
<p>Nota: los usos fuera de etiqueta del medicamento empleado en el tratamiento contra el cáncer o en el estudio de oncología, están cubiertos. Ciertos usos de la quimioterapia, en el campo de la investigación, para el tratamiento contra el cáncer podrían ser cubiertos si son administrados como parte de una prueba clínica aprobada.</p>		
<p>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunas prescripciones selectas para anticonceptivos aprobados por la FDA (Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos) serán proporcionadas sin contar con un copago, a mujeres en la etapa reproductiva. Todos los demás, están sujetos a los copagos para prescripciones y a posibles autorizaciones previas. Los medicamentos anticonceptivos de venta sin receta médica (over-the-counter), incluyendo la “píldora del día siguiente” (“morning after pill”), aprobados por la FDA, requieren una prescripción por escrito de uno de nuestros proveedores aprobados. <p>Nota: los beneficios están limitados a los límites recomendados de prescripción.</p> <p>Nota: Véase el formulario para conocer los medicamentos anticonceptivos suministrados sin necesidad de cubrir un copago.</p>	<p>Vea las secciones de farmacia al menudeo y suministro extenso, que se encuentran más Adelante</p>	<p>Vea las secciones de farmacia al menudeo y suministro extenso, que se encuentran más adelante</p>
<p>Suministro de hasta 30 días por prescripción o reposición en farmacias al menudeo y especializadas</p> <p>Nota: los fármacos incluidos en la lista de medicamentos especializados, están disponibles mediante venta al meudeo o por pedido de correo en una farmacia que maneje medicamentos especializados, incluyendo la farmacia especializada Magellanare (Magellan Specialty Pharmacy teléfono: 800-424-1789, llamada sin costo o 711, TTY).</p> <p>Nota: la lista de los medicamentos especializados, bajo cobertura está sujeta a cambios. Para contar con la lista más actualizada, póngase en contacto con el departamento de atención al cliente.</p> <p>Nota: Consulte nuestra página de Internet para obtener una lista de los medicamentos dentro del programa de genéricos a bajo costo.</p>	<p>Nivel uno -medicamentos genéricos bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> \$4/\$12 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel dos -medicamentos de marca preferencial bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> \$50 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel tres – medicamentos no preferenciales bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> \$80 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel cuatro – medicamentos especializados preferenciales bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% de coaseguro con un máximo de \$150 – en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) 	<p>Nivel uno -medicamentos genéricos bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> \$6/\$15 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel dos -medicamentos de marca preferencial bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> \$70 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel tres – medicamentos no preferenciales bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> \$105 de copago – en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cuatro – medicamentos especializados preferenciales bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% de coaseguro con un máximo de \$200 - en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100)

Medicamentos y suministros – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Medicamentos y suministros (continuación)	Opción elevada	Opción estándar
	<p>Nivel cinco- medicamentos especializados no preferenciales bajo cobertura</p> <p>10% de coaseguro con un máximo de \$250 - en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100)</p>	<p>Nivel cinco- medicamentos especializados no preferenciales bajo cobertura</p> <p>10% de coaseguro con un máximo de \$300 - en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100)</p>
<p>Suministro ampliado con entrega a domicilio por parte de establecimientos al menudeo - abastecimiento de 90 días en la reposición de una receta o prescripción</p> <p>Nota: usted puede comprar un suministro ampliado de 90 días en una farmacia al menudeo de la red de suministros ampliados (extended supply network -ESN), o bien a través del servicio de entrega por correo. Su doctor deberá escribir una receta o prescripción para obtener un suministro de 90 días. Algunas restricciones pueden aplicar. Consulte en nuestro sitio de Internet o en nuestro departamento de atención al cliente para obtener información sobre las farmacias al menudeo de la red de suministros ampliados (ESN) así como sobre los pedidos por correo.</p> <p>Nota: los medicamentos especializados en los niveles cuatro y cinco no están disponibles en suministro ampliado.</p> <p>Nota: Consulte nuestra página de Internet para obtener una lista de los medicamentos dentro del programa de genéricos a bajo costo.</p>	<p>Nivel uno – medicamentos genéricos bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$8/\$24 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel dos – medicamentos de marca preferencial bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$125 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel tres – medicamentos no preferenciales bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$240 de copago – en una farmacia de la red 	<p>Nivel uno - medicamentos genéricos bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$12/\$30 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel dos – medicamentos de marca preferencial bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago – en una farmacia de la red <p>Nivel tres – medicamentos no preferenciales bajo cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$270 de copago – en una farmacia de la red
<p>Suministros para diabéticos limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidores de glucemia • Agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos, tiras reactivas y lancetas. • Las bombas de insulina, calzado y ortopedia están cubiertos bajo la Sección 5(a). <i>Equipo Médico Duradero</i>. 	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>
Medicamentos para cuidados preventivos	Opción elevada	Opción estándar
<p>Los siguientes medicamentos y suplementos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina (81 mg) para hombres de 45 a 79 años de edad y para mujeres de 55 a 79 años de edad así como mujeres en la etapa reproductiva • Suplementos de ácido fólico (400 y 800 mcg) para mujeres en etapa reproductiva • Suplementos de hierro líquido para niños de 6 meses a 1 año de edad • Suplementos de vitamina D (en dosis de prescripción) (400 y 1000 unidades) para miembros de 65 años o mayores • Vitaminas pre-natales para mujeres embarazadas 	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>

Medicamentos para cuidados preventivos – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Medicamentos para cuidados preventivos (continuación)	Opción elevada	Opción estándar
<ul style="list-style-type: none"> Tabletas o solución de flúor (no pasta de dientes, enjuagues) para niños de 0 a 6 años de edad Estatinas para prevención primaria de la enfermedad cardiovascular para adultos en edades de 40 a 75 años sin antecedente alguno de enfermedad cardiovascular (CVD), uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (p.ej. dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo); así como un riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, calculado a diez años del 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo del riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (CVD) en un periodo de 10 años, requiere una evaluación universal de lípidos en adultos de 40 a 75 años de edad.) <p>Nota: Los medicamentos para cuidados preventivos que cuenten con una recomendación de tipo A o B de la valoración sobre diabetes USPSTF están cubiertos sin reparto de costos cuando sean prescritos por un profesional de la atención médica y suministrada por una farmacia de la red. Estos medicamentos pueden incluir algunas vitaminas sin receta médica (over-the-counter), medicamentos de reemplazo de la nicotina así como aspirina de dosis baja para ciertos pacientes. Para obtener las recomendaciones más actuales, consulte la página: www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index/browse-recommendations.</p>	Nada	Nada
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Medicamentos prescritos por médicos fuera de la red en circunstancias que no son de emergencia</i> <i>Medicamentos para potenciar el rendimiento atlético, el crecimiento del pelo, fines estéticos o anti-envejecimiento</i> <i>Medicamentos obtenidos en una farmacia que no es parte del Plan, excepto en el caso de emergencias fuera del área de servicio</i> <i>Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios que no se encuentran en la lista como beneficios bajo cobertura aun cuando hayan sido prescritos o administrados por un médico</i> <i>Medicinas sin prescripción: fármacos y suplementos alimenticios que no están disponibles sin una receta o prescripción (OTC) o para los que existe un equivalente disponible sin receta o prescripción, aun cuando han sido ordenados por un médico, a menos de que aplique una excepción</i> <i>Suero y medicamentos para irrigación</i> <i>Sueros biológicos, medicamento prescrito para uso o administración parenteral</i> <i>Fórmulas alimenticias incluyendo, pero no limitado a,</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Descripción del beneficio	Usted paga	
<p><i>nutrición parenteral completa así como otras fórmulas enterales, excepto las fórmulas bajas en proteína, aprobadas por la FDA y que están específicamente cubiertas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prescripciones perdidas o robadas</i> • <i>Medicamentos bajo prescripción médica para mejorar el nivel de energía, resistencia o para desacelerar el proceso de envejecimiento (tal como AndroGel®)</i> <p>Nota: los medicamentos sin receta médica (over-the-counter OTC) y bajo prescripción médica, aprobados por la administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration -FDA) para tratar la dependencia al tabaco están cubiertos bajo el rubro de beneficios para el cese del tabaquismo. (Vea la página 44.)</p>		

Sección 5(g). Beneficios dentales

Cosas importantes sobre estos beneficios, que usted debe tener en mente:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagables únicamente cuando nosotros determinemos que son clínicamente necesarios.
- Si usted está inscrito en un Plan dental dentro de un programa de seguro dental/vista para empleados federales (FEDVIP), su Plan FEHB será el pagador principal/primario de los pagos por beneficios y su Plan FEDVIP es secundario a su Plan FEHB. Vea la sección 9, *Coordinar beneficios con otra cobertura*.
- El deducible por año de calendario para la opción estándar es: \$300 por persona (\$600 para la cobertura Self Plus One –usted más una persona o \$600 para la cobertura Self and Family –usted y su familia). El deducible por año de calendario aplica a todos los beneficios de esta sección. La opción elevada no tiene un deducible.
- Nosotros cubrimos la hospitalización para procedimientos dentales únicamente cuando existe un impedimento físico no dental, que hace necesaria la hospitalización para salvaguardar la salud del paciente. Vea la sección 5(c) para beneficios hospitalarios ambulatorios. No cubrimos el procedimiento dental a menos de que esté descrito a continuación.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para contar con información importante sobre la forma en que opera el reparto de costos. Lea también la sección 9 sobre cómo coordinar los beneficios con otro tipo de cobertura, incluyendo Medicare.
- El balance de facturación ocurre cuando un proveedor le factura la diferencia entre la cantidad que él facturó y la cantidad total que el proveedor recibió de su reparto de costos y de nuestro reembolso habitual y acostumbrado para servicios cubiertos aprobados. Los proveedores de la red es probable que no le realicen un balance de facturación. Los proveedores fuera de la red es probable que sí le realicen un balance de facturación y usted será responsable por la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada por el proveedor.

Descripción del beneficio	Usted paga	
Nota: el deducible por año del calendario aplica para todos los beneficios de la opción estándar en esta sección.		
Beneficio por lesión accidental	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Se cubrirán los servicios y suministros de restauración que sean necesarios para reparar (pero no reemplazar) rápida y oportunamente dientes naturalmente sanos. La necesidad de estos servicios debe ser como resultado de una lesión accidental.</p> <p>Nota: los incidentes ocasionados por morder o masticar no son considerados lesiones accidentales. Usted debe acudir a la sala de emergencias para recibir el beneficio de esta cobertura.</p>	\$250 de copago por visita	\$300 de copago por visita
<p><i>No cubierto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reemplazo, re-implante y cuidado de seguimiento de esos dientes, aun cuando los dientes no se hayan salvado mediante una estabilización de emergencia</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>
Anestesia dental	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>Anestesia dental para un miembro que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente una condición clínica o emocional que requiera hospitalización o anestesia general para proporcionarle los servicios de cuidado dental. 	Nada	Nada

Anestesia dental – continúa en la siguiente página

Descripción del beneficio	Usted paga	
Anestesia dental (continuación)	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<ul style="list-style-type: none"> Sufra una discapacidad grave A juicio del médico tratante, no cuenta con el desarrollo emocional suficiente para someterse a un procedimiento dental clínicamente necesario, sin el uso de anestesia Requiere servicios de hospitalización o ambulatorios porque existe una afección médica y condición clínica subyacente o debido a la gravedad del procedimiento dental. <p>Nota: nosotros únicamente cubrimos la anestesia dental cuando hemos pre autorizado el tratamiento. Únicamente cubriremos la cirugía y los servicios relacionados así como los suministros que determinemos sean clínicamente necesarios. Véase otros servicios en el apartado <i>Usted requiere la aprobación previa del Plan para ciertos servicios</i> en la página 18.</p>	Nada	Nada
<p>Nota: nosotros cubrimos los servicios y suministros hospitalarios relacionados con procedimientos dentales cuando sean requeridos a causa de un impedimento o discapacidad no dental. No cubrimos procedimientos dentales. Véase la Sección 5(c).</p>		
Beneficios dentales	Opción elevada	Opción estándar Después del deducible por año del calendario...
<p>No contamos con ningún otro beneficio dental.</p>		
<p><i>No cubierto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Servicios preventivos y de diagnóstico, incluyendo revisión, profilaxis (limpieza), rayos x de cualquier tipo y tratamiento con flúor</i> <i>Servicios dentales básicos</i> <i>Servicios dentales mayores, incluyendo servicios de restauración</i> <i>Servicios de ortodoncia antes, durante o después de una cirugía excepto cuando se trate de cuidados relacionados con paladar hendido.</i> <i>Servicios de lesión accidental proporcionados en cualquier entorno distinto al de la sala de emergencias</i> 	<i>Todos los cargos</i>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(h). Bienestar y otras prestaciones especiales

Prestación	Descripción
Opción para beneficios flexibles	<p>En el marco de nuestra opción para beneficios flexibles, nosotros definimos la manera más efectiva de proporcionar los servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es probable que identifiquemos alternativas médicamente apropiadas para los beneficios normales del contrato, como una opción menos costosa.. Si identificamos una alternativa menos costosa, le pediremos a usted que firme un acuerdo de beneficios alternativos que incluirá todos los términos siguientes, además de otros términos igualmente necesarios. Hasta que usted firme el acuerdo y nos lo haga llegar, los beneficios normales del contrato continuarán vigentes. • Los beneficios alternativos estarán disponibles por un periodo de tiempo limitado y están sujetos a una constante revisión de nuestra parte. Usted deberá cooperar con el proceso de revisión. • Al aprobar un beneficio alternativo, no garantizamos que usted podrá recibirlo en el futuro. • La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es únicamente nuestra y, excepto a lo que esté expresamente establecido en el acuerdo, podemos retirar dicho beneficio en cualquier momento y retomar los beneficios normales del contrato. • Si usted firma el acuerdo, nosotros le proporcionaremos los beneficios alternativos acordados por el periodo de tiempo establecido (a menos que las circunstancias cambien). Usted puede solicitar una extensión del periodo de tiempo pero los beneficios normales del contrato se retomarán si no aprobamos su solicitud. • Nuestra decisión de ofrecer o retirar beneficios alternativos no está sujeta a la revisión de la Oficina de manejo del personal (Office of Personnel Management –OPM) dentro del proceso de disputa de reclamaciones. Sin embargo, si en el momento de tomar una decisión sobre los beneficios alternativos, decidimos también que los beneficios normales de contrato no son pagables, entonces usted puede apelar nuestra decisión sobre los beneficios normales del contrato dentro del proceso de disputa de reclamaciones de la OPM (vea la sección 8).
Línea de enfermeras e información 24 horas	<p>Para solucionar cualquiera de sus dudas o preocupaciones en temas de salud, usted puede llamar para hablar con una enfermera registrada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comentar opciones de tratamiento y responder sus preguntas sobre salud. Llame al: 877-280-2993 a cualquier hora.</p>
Servicios para sordos y personas con problemas auditivos	<p>711</p>
Centros de excelencia	<p>El programa de centros de excelencia en trasplantes, de GlobalHealth incluye a las redes: OptumHealth, LifeTrac y CignaLife Source.</p>
Programas de mejoramiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento alimenticio y nutricional para la diabetes • Programa para prevenir la diabetes • Manejo de enfermedades – adquirir habilidades que ayuden a manejar la diabetes, la insuficiencia cardiaca congestiva, la arteriopatía coronaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Recursos para la salud – dirigidos a otras enfermedades, medicamentos, programas de peso, nutrición <p>Póngase en contacto con nuestro departamento de atención al cliente al: 877-280-2989.</p>
Cese del tabaquismo	<p><u>Intentos de abandono</u>: nosotros cubrimos 2 intentos de cese del tabaquismo por año de calendario. Un intento se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro sesiones de consejería para cese del tabaquismo; y • Todos los medicamentos para cese de tabaquismo aprobados por la FDA (incluyendo tanto bajo prescripción médica como sin receta -over-the-counter). <p>No se requiere una autorización previa. Usted paga más por tratamiento adicional o medicamentos</p>

Prestación	Descripción
	<p>no genéricos.</p> <p>Los estudios muestran que el método más efectivo para dejar de fumar involucra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería o asesoría; • Apoyo social; y • El empleo de medicamentos para el cese. <p>La orientación o consejería así como el medicamento son ambos efectivos para tratar la dependencia al tabaco y emplearlos juntos es más efectivo todavía que utilizar alguno de ellos por separado.</p> <p><u>Consejería:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted puede asistir a sesiones individuales, grupales o telefónicas de al menos 10 minutos cada una, mediante su médico de cuidados básicos o proveedor de salud del comportamiento. • Puede también llamar a la línea de ayuda sobre tabaco del estado de Oklahoma (Oklahoma Tobacco Helpline) al: 800-QUIT-NOW (800-784-8669). Usted hablará con un entrenado experto en abandono y cese del tabaquismo. Él o ella diseñarán un plan para sus necesidades específicas. <p><u>Prescripciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los productos para dejar de fumar están limitados a dos programas completos de 90 días de cualquier producto para cese del tabaquismo aprobado por la FDA, por año del calendario, si han sido prescritos por su médico de cuidados básico o proveedor de salud del comportamiento. Este beneficio está disponible para usted, también, cuando inscriba a dependientes que tengan al menos 18 años de edad. • Los medicamentos cubiertos que se encuentran enlistados en el formulario incluyen: Chantix™ (vareniclina), Nicotrol® inhalador (nicotina), Nicotrol® aerosol nasal (nicotina) y Bupropion SR 150 mg (genérico para Zyban®). • También cubrimos productos aprobados por la FDA que son vendidos sin receta médica (over-the-counter) (tales como parches, pastillas, goma de mascar, inhaladores y aerosoles nasales de nicotina) con una prescripción por escrito de su médico. • Su formulario de medicamentos le indicará si la prescripción está disponible sin reparto de costos como parte de los servicios preventivos. Sin embargo, si su proveedor recomienda un medicamento en particular basado en una determinación de necesidad médica para usted, nosotros le cubriremos dicho medicamento sin reparto de costos. Vea “solicitudes de excepción” en la sección 5(f). • No todos los productos que pueden ser utilizados para dejar de fumar están incluidos. Por ejemplo, no cubrimos cigarrillos electrónicos disponibles sin receta (over-the-counter e-cigarettes). <p><u>Inscripción:</u> usted puede inscribirse poniéndose en contacto con el departamento de atención al cliente o en nuestro sitio de Internet.</p>
<p>Servicios de traducción</p>	<p>Nuestro Plan de salud ofrece intérpretes médicos profesionales, certificados en más de 150 idiomas. Llame a nuestro departamento de atención al cliente para recibir ayuda o al: 711 (TTY). Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español llame al 877-280-2989.</p>
<p>Programa de manejo de terapia médica</p>	<p>Si usted está tomando varios medicamentos para afecciones crónicas, puede recibir apoyo de nuestro programa de manejo de terapia de medicamentos. Usted puede auto-referirse o ser referido por su proveedor o por un miembro del equipo de GlobalHealth. Usted recibe un servicio personalizado de nuestros farmacéuticos registrados y su grupo de trabajo. El objetivo del programa es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desacelerar el progreso de la enfermedad apoyando el cumplimiento de la toma de medicamentos. • Ayudar a eliminar terapias de medicamentos duplicadas. • Reducir la posibilidad de una interacción negativa entre medicamentos así como efectos secundarios

Prestación	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar sus beneficios aconsejándole cuáles son las alternativas de menor costo. <p>Nosotros llevamos a cabo una revisión del uso de medicamentos para asegurarnos de que usted está recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes si usted cuenta con más de un proveedor para prescribirle medicamentos.</p> <p>Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibles errores en los medicamentos; • Medicamentos que podrían no ser necesarios debido a que usted está tomando otra medicina para tratar la misma afección médica; • Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o género; • Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo; • Prescripciones por escrito para medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico; y • Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando. <p>Si detectamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.</p> <p>Este programa es voluntario y no tiene ningún costo para usted. Usted también puede ponerse en contacto con el departamento de atención al cliente si desea participar en el programa. Si decide salirse de él en cualquier momento, por favor póngase en contacto con atención al cliente y lo daremos de baja del programa.</p>
<p>Programa de mejora de la calidad</p>	<p>Usted podría solicitar información relacionada con nuestro programa y plan de trabajo de mejora de la calidad, poniéndose en contacto con el departamento de atención al cliente. Pida que lo comuniquen con el departamento de calidad o envíe un mensaje al correo electrónico: quality@globalhealth.com.</p>
<p>Programas de manejo de la atención y cuidados</p>	<p>Si usted padece una enfermedad crónica o necesidades de cuidado de la salud muy complejas, contará con cuatro tipos de programas de manejo de la atención y los cuidados, que le proporcionarán educación para el paciente y apoyo clínico.</p> <p><u>Manejo de caso:</u> para miembros con necesidades de cuidado de la salud complejas, le proporcionamos los servicios de un profesional en el manejo de casos para valorar sus necesidades y cuando así convenga, coordinar, evaluar y monitorear su atención y cuidados</p> <p><u>Manejo de enfermedades:</u> nosotros proporcionamos programas para ayudarle a adoptar hábitos efectivos de auto-cuidado para mejorar el manejo de padecimientos como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), arteriopatía coronaria (CAD), insuficiencia cardíaca crónica (CHF), diabetes, depresión, ansiedad u otros diagnósticos de enfermedades mentales severas y/o abuso de sustancias</p> <p><u>Programa de prevención para la diabetes:</u> proporcionamos un programa intensivo de cambio de hábitos, comportamiento y estilo de vida para miembros que presenten niveles altos de glucosa en la sangre pero que no han sido diagnosticados aún con diabetes.</p> <p><u>Programa de divulgación prenatal:</u> nuestro equipo clínico se acercará a los miembros que estén atravesando un embarazo para alentarlos a utilizar los beneficios prenatales así como el seguimiento después del nacimiento del bebé para ayudarles a tener embarazos sanos y bebés sanos.</p> <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre estos programas o le gustaría auto-referirse a uno de ellos, por favor póngase en contacto con el departamento de atención al cliente.</p>
<p>Encuestas</p>	<p><u>Su salud:</u> cada año, nosotros le enviaremos una valoración clínica en la que se le harán varias preguntas sobre su salud actual. Sus respuestas nos ayudan a saber de qué manera servirle mejor y a conocer sus necesidades de cuidado de la salud. La información que usted nos proporcione permanecerá confidencial, tal como lo exige la ley. No será utilizada en su contra de ninguna manera ni servirá como impedimento para que usted obtenga algún servicio o tratamiento.</p> <p><u>Su satisfacción:</u> nosotros distribuimos encuestas de satisfacción para los miembros, en las que</p>

Prestación	Descripción
	<p>buscamos conocer su percepción sobre la forma en que se están resolviendo sus necesidades de salud así como el servicio que le proporcionan tanto sus doctores como el Plan de salud. Estas encuestas podrían incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta para el nuevo miembro; • Análisis de satisfacción del cliente; y • Valoración del consumidor de los sistemas y proveedores en el cuidado de la salud (Consumer Assessment of Healthcare Provides and Systems -CAHPS). <p>GlobalHealth realiza una auditoría aprobada por el Comité nacional para garantizar la calidad (National Committee for Quality Assurance -NCQA) llamada HEDIS -Healthcare Effectiveness Data Information Systems (Sistemas de datos e información sobre la efectividad de la atención de la salud). Esta auditoría mide la calidad del cuidado preventivo que nuestros proveedores ofrecen. Una parte de esta auditoría es la encuesta CAHPS. Es muy importante que la complete y nos la haga llegar. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestro servicio.</p>
<p>Proceso de valoración tecnológica</p>	<p>GlobalHealth cuenta con un proceso de valoración tecnológica y de revisión de lineamientos. Está diseñado para revisar las solicitudes de cobertura de dispositivos, procedimientos o tratamientos recientes que están disponibles pero que no están considerados como beneficios establecidos.</p> <p>Un comité dirigido por médicos revisa todas las solicitudes de nueva tecnología. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva tecnología; o • Nuevas aplicaciones de la tecnología existente. <p>El comité revisa los procedimientos de atención médica y del comportamiento, los medicamentos y dispositivos, empleando evidencia médica científica. Una agencia reguladora adecuada, tal como la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration -FDA), debe haber aprobado el nuevo dispositivo, procedimiento o tratamiento antes de ser considerado.</p> <p>Antes de aprobar la cobertura, GlobalHealth solicita evidencia documentada para asegurar la eficacia y seguridad de la nueva tecnología. La nueva tecnología debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los resultados netos de salud del miembro; • Ser alternativas tanto benéficas como establecidas; • Estar disponible fuera del ámbito de la investigación; • Mejorar significativamente la calidad de vida del miembro; y • Demostrar claramente un cuidado médico seguro para el miembro. <p>Póngase en contacto con el departamento de atención al cliente.</p>
<p>Calculadora de costos de medicamentos</p>	<p>https://www.globalhealth.magellanrx.com/</p>
<p>Portal de miembros MYGLOBAL</p>	<p>Usted puede registrarse en un portal de miembros seguro, llamado MYGLOBAL. Mediante el portal MYGLOBAL, usted puede dar seguimiento a los reclamos, referencias o recomendaciones, así como cambiar a su médico de cuidados básicos, además de otras prestaciones que le ayudarán a manejar su cuenta.</p>

Beneficios que no son de FEHB (planes de salud para empleados federales y jubilados) disponibles para los miembros del Plan

Los beneficios en esta página no forman parte del contrato o prima FEHB y usted no puede presentar una disputa por una reclamación relacionada con ellos. Las tarifas que usted paga por estos servicios no cuentan para los deducibles FEHB o para los límites máximos de desembolso directo en protección de catástrofes. Estos programas y materiales son la responsabilidad del Plan y todas las apelaciones deberán seguir sus lineamientos. Para mayor información, póngase en contacto con el Plan al: 877-280-2989 o visite su sitio de Internet en la dirección: www.globalhealth.com/fehb.

Plan de atención administrado por Medicare

Si usted es un candidato elegible para Medicare y está interesado en inscribirse en un Plan de una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization –HMO) Medicare, patrocinado por este Plan sin dejar de lado su inscripción en el Plan FEHB de este Plan, llame al: 844-280-5555 para obtener información.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO) Advantage de Medicare - como miembro de uno de los planes de ventajas Medicare de GlobalHealth, usted se beneficiará con Planes de muy bajos copagos o copagos inexistentes, no deducibles y prácticamente ningún tipo de trámites o papeleo. El área de servicio de nuestros Planes Advantage de medicare incluyen los siguientes condados: Adair, Alfalfa, Blaine, Caddo, Canadian, Cherokee, Cleveland, Cotton, Craig, Creek, Dewey, Garfield, Garvin, Grady, Grant, Haskell, Hughes, Jefferson, Kingfisher, Kiowa, Lincoln, Logan, Major, Mayes, McClain, McIntosh, Muskogee, Noble, Nowata, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Pushmataha, Rogers, Seminole, Tillman, Tulsa, Wagoner y Woods. Para mayor información, llame sin costo al: 844-280-5555.

GlobalFit – mediante la alianza con GlobalFit, usted puede registrarse para el beneficio de bienestar, lo que le da acceso a:

- Descuentos en membresías a gimnasios en miles de gimnasios en todo el país, incluyendo gimnasios abiertos 24 horas, Anytime Fitness, Curves, así como una enorme variedad de clubes y estudios de especialidades – todos con el precio más bajo garantizado por GlobalFit
- Precios especiales y descuentos en comida en los 400 centros Jenny Craig participantes
- Descuentos en equipo de acondicionamiento físico en casa y videos que incluyen las rutinas más nuevas de la serie de Zumba Fitness – Póngase en forma con el fenómeno de baile inspirado en el estilo latino por un precio especial muy bajo del juego de 5 DVD en una caja.
- Descuentos para asesores de la salud y nutrición (Health Coaching discounts) programas de 12 semanas, con acceso personalizado, por teléfono o en línea, a un asesor de la salud y la nutrición profesional, quien puede ayudarle a dejar de fumar, perder peso, reducir el estrés, comenzar a caminar o alcanzar otras metas en cuestiones de salud.
- Boletines informativos mensuales, libros electrónicos (ebooks) y transmisiones multimedia proporcionando educación y herramientas que ayuden a los empleados a mantenerse motivados y actualizados en las últimas noticias sobre acondicionamiento físico y bienestar así como consejos para el entrenamiento.

Sección 6. Exclusiones generales – servicios, medicamentos y suministros no cubiertos

Las exclusiones en esta sección aplican a todos los beneficios. Pueden existir otras exclusiones y limitaciones enlistadas en la sección 5 de este folleto. **A pesar de que hayamos enlistado un determinado servicio como beneficio, no lo cubriremos a menos de que sea médicamente necesario para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, padecimiento, lesión o afección. Para mayor información sobre la obtención de aprobación previa para ciertos servicios en específico, tales como trasplantes, vea la sección 3 Cuando usted necesita aprobación previa por parte del plan para determinados servicios.**

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Atención o cuidados proporcionados por proveedores que no pertenezcan al Plan, excepto las emergencias o referencias autorizadas (vea *Servicios de emergencia/accidentes*).
- Servicios, medicamentos o suministros que usted reciba mientras no se encuentre inscrito en este Plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Servicios, medicamentos o suministros no requeridos de acuerdo a los estándares normales de la práctica médica, dental o psiquiátrica.
- Procedimientos experimentales o de investigación, tratamientos, medicamentos o suministros (consulte los detalles sobre trasplantes)
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre pudiera estar en riesgo si el feto llegara a término o cuando el embarazo sea el resultado de una violación o incesto.
- Servicios, medicamentos o suministros que usted reciba de un proveedor u hospital excluidos del Programa FEHB.
- Servicios, medicamentos o suministros que usted reciba sin cargos mientras se encuentre activo en el servicio militar.

Sección 7. Presentar una reclamación por servicios cubiertos

Esta sección aborda en primer lugar las reclamaciones post-servicio (reclamaciones por servicios, medicamentos o suministros que usted ya ha recibido). Vea la sección 3 para obtener información sobre los procedimientos para reclamaciones pre-servicio (servicios, medicamentos o suministros que requieren la aprobación previa del Plan), incluyendo los procedimientos para reclamaciones por atención urgente. Cuando usted ve a médicos del Plan, recibe los servicios en hospitales y centros del Plan o bien obtiene sus medicamentos bajo prescripción médica en farmacias del Plan, no tendrá que presentar ninguna reclamación. Únicamente muestre su credencial de identificación y pague su copago, coaseguro o deducible.

Usted únicamente tendrá que presentar una reclamación cuando reciba servicios de emergencia de proveedores que no forman parte del Plan. En ocasiones, estos proveedores nos cobrarán directamente. Consúltelo con el proveedor.

Si usted necesita presentar una reclamación, el proceso es el siguiente:

Beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental y de abuso de sustancias

En la mayoría de los casos, los proveedores y hospitales presentan por usted las reclamaciones. Los médicos deben presentarla mediante el formulario de reclamación de seguros médicos CMS-1500, (Health Insurance Claim Form). Su hospital o centro presentará la reclamación mediante el formulario UB-04. Para obtener ayuda o resolver cualquier duda sobre reclamaciones, póngase en contacto con nosotros al: 877-280-2989, o en nuestro correo electrónico al: FederalAnswers@globalhealth.com.

Cuando usted deba presentar una reclamación –como por ejemplo en el caso de que haya recibido servicios fuera del área de servicio del Plan- preséntela mediante el formulario CMS-1500 o mediante un formulario de reclamación que incluya la información que se muestra a continuación. Las facturas y recibos deberán desglosarse y mostrar:

- El nombre del miembro cubierto, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico y número de identidad
- Nombre y dirección del médico u hospital que proporciona el servicio o suministro
- Fechas en las que recibió los servicios o suministros
- Diagnósticos
- Tipo de servicio o suministro
- El cargo por cada uno de los servicios o suministros
- Una copia de la explicación de los beneficios, pagos o rechazos por parte de cualquier pagador primario – tal como la notificación resumida de Medicare (Medicare Summary Notice -MSN)
- Recibos, si usted pagó por sus servicios

Nota: los cheques cancelados, recibos de caja, o estados de cuenta no son sustitutos aceptables para las facturas desglosadas.

Presente sus reclamaciones a:

GlobalHealth
P.O. Box 2328
Oklahoma City, OK 73101-2328
877-280-2989

Medicamentos bajo prescripción médica

Presente sus reclamaciones a:

Magellan Rx Management, LLC
P.O. Box 85042
Richmond, VA 23261-5042
800-424-1789 (sin costo)

Tiempo límite para presentar su reclamación (deadline)

Envíenos todos los documentos sobre su reclamación lo antes posible. Usted deberá presentar la reclamación antes del 31 de diciembre del año inmediato al año en que recibió el servicio, a menos de que no haya sido posible presentarlo a tiempo debido a cuestiones administrativas en el gobierno o a una incapacidad de tipo legal, siempre y cuando la reclamación se haya presentado después, tan pronto como haya sido posible.

Procedimientos de reclamación post-servicio

Nosotros le notificaremos nuestra decisión en un lapso de 30 días después de haber recibido su reclamación post-servicio. Si por cuestiones fuera de nuestro control, se requiere prolongar este periodo de tiempo, podríamos tomar hasta 15 días adicionales para revisión y esto se lo notificaremos antes de que expire el periodo original de 30 días. Nuestra notificación incluirá los motivos y circunstancias por los que se prolongó dicho período así como la fecha en que se espera contar con una decisión.

Si requerimos una extensión de tiempo debido a que no hemos recibido la información necesaria por parte de usted, nuestra notificación incluirá una descripción específica de la información requerida y le otorgaremos hasta 60 días a partir de haber recibido la notificación para que nos proporcione la información.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, puede solicitarnos una revisión, siguiendo el proceso de disputa de reclamaciones detallado en la sección 8 de este folleto.

Representante autorizado

Usted puede designar a un representante autorizado para que actúe a su nombre y presente ante nosotros las reclamaciones o en su caso apele nuestras decisiones sobre ciertas reclamaciones. Para reclamaciones de cuidados urgentes, permitiremos que un profesional del cuidado de la salud que tenga conocimiento de su condición médica, actúe como representante autorizado sin necesidad de contar con su consentimiento expreso. Para los propósitos de esta sección, nos referiremos también a su representante autorizado cuando nos refiramos a usted.

Requisitos para la notificación

Si usted vive en un condado en donde al menos el 10 por ciento de la población está alfabetizada únicamente en un idioma que no sea el inglés (tal como lo determina la secretaría de salud y servicios humanos - Secretary of Health and Human Services), nosotros le proporcionaremos asistencia en ese idioma diferente al inglés. Usted puede solicitar una copia del informe que contiene la explicación de beneficios (Explanation of Benefits – EOB statement), correspondencia relacionada, servicios de lenguaje oral (tales como asistencia telefónica para el cliente) y ayuda para presentar las reclamaciones y apelaciones (incluyendo revisiones externas) en el idioma correspondiente. Las versiones en inglés de su informe de beneficios (EOB) así como la correspondencia relacionada, incluirá información en el idioma distinto al inglés sobre cómo obtener los servicios lingüísticos en ese otro idioma.

Cualquier notificación sobre una determinación adversa relacionada con un beneficio o correspondencia de nuestra parte en la que confirmemos una determinación adversa sobre determinado beneficio, incluirá información suficiente para identificar la reclamación involucrada (incluyendo la fecha del servicio, el proveedor de cuidados de la salud y el monto de la reclamación cuando así proceda) así como un informe en el que se describa la disponibilidad, a petición expresa, de los códigos de diagnóstico y procedimiento.

Sección 8. El proceso de disputa de reclamaciones

Usted puede apelar directamente en la oficina de manejo de personal (Office of Personnel Management -OPM) si nosotros no seguimos los procesos requeridos para las reclamaciones. Para mayor información sobre las situaciones en las que usted tiene derecho a interponer una apelación inmediata en la OPM, incluyendo requisitos adicionales no enlistados en las secciones 3, 7 y 8 de este folleto, por favor visite nuestra página: www.GlobalHealth.com/fehb.

Por favor siga el proceso de disputa de reclamaciones del Programa de planes de salud para empleados federales y jubilados (FEHB) si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación post-servicio (una reclamación en la que los servicios, medicamentos o suministros ya han sido proporcionados). En la sección 3 *Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión en un reclamo previo al servicio*, nosotros describimos el proceso que usted debe seguir si tiene alguna reclamación por servicios, referencias, medicamentos o suministros que deben contar con una aprobación previa por parte del Plan, tales como admisiones y hospitalización.

Para ayudarle a preparar su apelación, usted deberá coordinarse con nosotros para revisar y copiar, sin ningún costo, todo el material relevante y documentos del Plan que estén bajo nuestro control, relacionados con su reclamación, incluyendo aquellos que involucren cualquier revisión de su reclamación por parte de expertos. Para realizar esta petición, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de atención al cliente, a nuestro correo electrónico: FederalAnswers@globalhealth.com, escribiendo por correo a: GlobalHealth, P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393, o llamando al: 877-280-2989.

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, expedientes y otra información presentada por usted que esté relacionada con la reclamación, sin importar si dicha información fue presentada o considerada en la resolución inicial sobre el beneficio.

Cuando nuestra decisión inicial esté basada (parcial o totalmente) en un juicio médico, (p.ej., necesidad médica, experimental/de investigación), nosotros consultaremos con un profesional del cuidado de la salud que cuente con el entrenamiento y la experiencia necesarias en el campo de la medicina involucrada en el juicio médico y que no haya estado involucrado en la toma de la decisión inicial.

Nuestra reconsideración no tomará en cuenta la decisión inicial. La revisión no será llevada a cabo por la misma persona que tomó la decisión inicial o por alguno de sus subordinados.

Nosotros no tomaremos nuestras decisiones con respecto a contratar, compensar, promover, cesar o cualquier otra cuestión similar relacionada con un individuo (tal como un árbitro o conciliador de reclamos o experto médico), basándonos en la probabilidad de que dicho individuo apoyará la negación o rechazo de los beneficios.

Paso	Descripción
1	<p>Solicítenos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Escribirnos en un lapso de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión; y b) Enviarnos su solicitud a: GlobalHealth, P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393; y c) Incluir un informe o declaración en el que exponga por qué piensa que nuestra decisión inicial es errónea, con base en las disposiciones sobre beneficios, contenidas en este folleto; y d) Incluir copias de documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas del médico, informes operatorios, facturas, expedientes médicos y las formas de explicación de beneficios (EOB forms). e) Incluir su dirección de correo electrónico (opcional para los miembros), si usted desea recibir nuestra decisión vía correo electrónico. Por favor tome en cuenta que al proporcionarnos su correo electrónico, estaremos en posibilidad de enviarle nuestra decisión de manera más rápida. <p>Nosotros le proporcionaremos, sin cargo alguno y de manera puntual, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que nos hemos apoyado o generada por nosotros o bajo nuestra dirección, relacionada con su reclamación así como cualquier nuevo razonamiento en cuanto a nuestra decisión sobre el reclamo. Esta información se la proporcionaremos con el suficiente tiempo de anticipación a la fecha en la que debemos comunicarle nuestra reconsideración sobre la decisión, con el fin de permitirle el tiempo necesario para respondernos antes de dicha fecha. Sin embargo, si fallamos al no proporcionarle la nueva evidencia o razonamientos en el tiempo suficiente para permitirle responder, no será un motivo suficiente para invalidar nuestra decisión o reconsideración. Usted podrá responder ante la nueva evidencia o razonamientos durante la etapa de revisión de la OPM, descrita en el paso 4.</p>
2	<p>En el caso de una reclamación post-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 para mantener nuestro rechazo; o

Paso	Descripción
	<p>c) Pedirle a usted o a su proveedor más información.</p> <p>Usted o su proveedor deberán enviar la información de manera que la recibamos dentro de un periodo de 60 días a partir de nuestra petición. Entonces tomaremos una decisión en un lapso de 30 días más.</p> <p>Si no recibimos la información en ese lapso de 60 días, decidiremos en los 30 días a partir de la fecha en que debíamos de haber recibido la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tenemos. Le enviaremos nuestra decisión por escrito.</p>
3	<p>Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede pedir a la OPM que la revise.</p> <p>Deberá escribir a la oficina de manejo de personal (OPM) en un lapso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 días después de la fecha de la carta en la que defendemos nuestra decisión inicial; o • 120 días después de que usted nos escribió por primera vez – si no le respondimos esta petición de alguna manera dentro del lapso de 30 días; o • 120 días después de que pedimos información adicional. <p>Escriba a la OPM a la dirección: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, Health Insurance 3, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3630.</p> <p>Envíe a la OPM la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un informe o declaración en el que exponga por qué piensa que nuestra decisión inicial es errónea, con base en las disposiciones sobre beneficios, contenidas en este folleto; • Copias de los documentos que apoyan su reclamación, tales como cartas del médico, informes operatorios, facturas, expedientes médicos y las formas de explicación de beneficios (EOB forms); • Copias de todas las cartas que usted nos envió acerca de la reclamación; • Copias de todas las cartas que nosotros le enviamos acerca de la reclamación; y • Su número telefónico durante el día y el mejor horario para localizarlo. • Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM vía correo electrónico. Por favor tome en cuenta que al proporcionar su correo electrónico, podrá recibir la decisión de la OPM de manera más rápida. <p>Nota: si usted desea que la OPM revise más de una reclamación, deberá identificar claramente qué documentos corresponden a cada reclamo.</p> <p>Nota: usted es la única persona que tiene el derecho a presentar una disputa por reclamo ante la OPM. Las partes que actúan como su representante, tal como proveedores médicos, deben incluir una copia por escrito de su consentimiento específico junto con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamaciones de cuidados urgentes, permitiremos que un profesional del cuidado de la salud que tenga conocimiento de su condición médica, actúe como representante autorizado sin necesidad de contar con su consentimiento expreso.</p> <p>Nota: las fechas límite mencionadas anteriormente (deadlines) pueden ser ampliadas si usted demuestra que no fue capaz de cumplir puntualmente debido a cuestiones fuera de su control.</p>
4	<p>La OPM revisará su petición de disputa de reclamo y empleará la información que recabe por parte de usted y de nosotros para determinar si nuestra decisión es correcta o no. La OPM le enviará su decisión final en un lapso de 60 días. No existen otras apelaciones administrativas.</p> <p>Si usted no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso es la demanda. Si decide presentar una demanda legal, deberá presentarla en contra de la OPM en una corte federal antes del 31 de diciembre del tercer año después del año en que recibió los servicios, medicamentos o suministros en disputa o a partir del año en el que se le negó la pre certificación o aprobación previa. Este es el único límite de tiempo (deadline) que no puede ser ampliado.</p> <p>La OPM puede divulgar la información que recabe durante el proceso de revisión para apoyar su decisión sobre la disputa de reclamo. Esta información puede formar parte del expediente en la corte o juzgado.</p> <p>Usted no podrá interponer una demanda legal hasta que haya completado todo el proceso de disputa de reclamos. A partir de ese momento, la ley federal registrará sobre su demanda, los beneficios y el pago de los beneficios. La corte federal basará su revisión en el expediente presentado ante la OPM cuando ésta decidió sostener o revertir nuestra</p>

Paso	Descripción
	decisión. Usted únicamente podrá recuperar la suma o cantidad correspondiente a los beneficios en disputa.

Nota: **si usted padece una afección seria o que pone en peligro su vida** (aquella que puede causar la pérdida permanente de una función corporal o la muerte si no se atiende tan pronto como sea posible) y usted no especificó que su reclamo era un reclamo por atención urgente, entonces llámenos al: 877-280-2989. Agilizaremos nuestra revisión (si no hemos respondido aún ante su reclamo); o le informaremos a la OPM para que puedan revisar rápidamente su reclamación en disputa. Puede llamar al seguro médico de la OPM al: 202-606-0737 entre 8 a.m. y 5 p.m. tiempo del Este.

Por favor recuerde que no tomamos decisiones sobre temas de elegibilidad relacionadas con el Plan. Por ejemplo, nosotros no determinamos si usted o un dependiente se encuentran bajo cobertura en este Plan. Usted debe tratar los temas de elegibilidad con su agencia de personal / oficina de nómina si es un empleado, su sistema de retiro si es un pensionado o con la oficina de programas de compensación para trabajadores (Office of Workers' Compensation Programs) si está recibiendo beneficios de la compensación para trabajadores.

Sección 9. Coordinar beneficios con Medicare y otras coberturas

Cuando usted cuenta con otra cobertura médica

Deberá informarnos si usted o un familiar cubierto, cuenta con algún otro tipo de cobertura en un Plan de salud distinto o cuenta con un seguro de automóviles que paga los gastos de atención médica sin importar de quién fue la culpa del accidente. A esto se le llama “doble cobertura” (“double coverage”).

Cuando usted cuenta con una doble cobertura, por lo general un Plan paga sus beneficios por completo, como el pagador primario y el otro Plan paga beneficios reducidos como pagador secundario. Nosotros, al igual que otros aseguradores, determinaremos qué cobertura es primaria, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos de la asociación nacional de agentes de seguro (National Association of Insurance Commissioners’ -NAIC). Para mayor información sobre las reglas de la asociación nacional de agentes de seguro (NAIC) relacionadas con la coordinación de beneficios, visite nuestra página de Internet: www.GlobalHealth.com/fehb.

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

Cuando seamos el pagador secundario, nosotros determinaremos nuestra prestación o subsidio. Después de que el Plan primario pague, nosotros pagaremos lo que queda de nuestra prestación, hasta alcanzar nuestro beneficio regular. No pagaremos una cantidad mayor a nuestra prestación.

TRICARE y CHAMPVA

TRICARE es el programa de atención médica para los dependientes elegibles de militares activos y retirados. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA ofrece cobertura de salud a los veteranos discapacitados y a sus dependientes elegibles. Si TRICARE o CHAMPVA así como este Plan lo cubren a usted, nosotros pagamos primero. Consulte a su asesor sobre beneficios de salud de TRICARE o CHAMPVA (Health Benefits Advisor) si tiene dudas sobre estos programas.

Cobertura FEHB suspendida para inscribirse en TRICARE o CHAMPVA: si es usted un jubilado o ex cónyuge, puede suspender su cobertura FEHB para inscribirse en uno de estos programas, eliminando su prima FEHB. (La oficina de manejo del personal –OPM no contribuye a ninguna prima del Plan aplicable). Para información sobre la suspensión de la afiliación FEHB, póngase en contacto con su oficina de retiros. Si más adelante desea re-inscribirse en el Programa, generalmente podrá hacerlo durante el periodo abierto para inscripciones (Open Season), a menos de que usted haya perdido la cobertura de manera involuntaria al estar en TRICARE o CHAMPVA.

Compensación para trabajadores

Nosotros no cubrimos servicios que:

- Usted (o un familiar cubierto) necesiten debido a una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo, que la oficina de programas de compensación para los trabajadores (Office of Workers’ Compensation Programs -OWCP) o una agencia estatal o federal similar, determinen que ellos deben proporcionar; o
- La oficina de programas de compensación para los trabajadores (OWCP) o una agencia similar paguen, a través de un acuerdo de daños a terceros o mediante otro procedimiento similar basado en el reclamo presentado ante la OWCP o leyes similares.

Una vez que la oficina de programas de compensación para los trabajadores (OWCP) o una agencia similar haya pagado el máximo de los beneficios por su tratamiento, entonces nosotros cubriremos su atención médica.

Medicaid

Cuando usted cuenta con este Plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Suspensión de cobertura FEHB para inscribirse en Medicaid o en un programa de asistencia médica similar patrocinado por el estado: Si es usted un pensionado o ex cónyuge, puede suspender su cobertura FEHB para inscribirse en uno de estos programas estatales, eliminando su prima FEHB. Para obtener información sobre la suspensión de la afiliación a los planes FEHB, póngase en contacto con su oficina de retiros. Si más adelante desea re-inscribirse en el Programa, generalmente podrá hacerlo durante el periodo abierto para inscripciones (Open Season), a menos de que usted haya perdido la cobertura de manera involuntaria al estar en el programa estatal.

Cuando otras agencias del gobierno son responsables de su atención médica

Nosotros no cubrimos servicios y suministros cuando una agencia gubernamental federal, estatal o local pague por ellos de manera directa o indirecta.

Cuando otros son responsables

Tenemos derecho al reembolso en la medida de los beneficios que hayamos pagado o

por lesiones

proporcionado en relación con su lesión o enfermedad. Sin embargo, cubriremos el costo del tratamiento que exceda la cantidad del pago que usted haya recibido.

El reembolso a nosotros a partir del pago, deberá ser prioritario (antes de cumplir con ningún otro derecho de ninguna otra de las partes) y no deberá verse afectado por la forma en que se haya designado, compuesto o repartido el juicio, el acuerdo u otra recuperación. Nuestro derecho al reembolso no está sujeto a reducciones basadas en tarifas de abogados o costos bajo la doctrina del “fondo común” y es aplicable en su totalidad, sin importar si usted está satisfecho o ha sido compensado plenamente por la cantidad completa de los daños reclamados.

Podríamos, si así lo decidimos, elegir ejercer nuestro derecho a la subrogación y buscar la recuperación por parte de cualquiera de las partes responsables como heredera de sus derechos.

Si usted busca conseguir una reclamación o caso relacionado su lesión o enfermedad, deberá notificarnos a la brevedad y cooperar con nuestros esfuerzos de reembolso o subrogación.

Cuando usted cuenta con cobertura del Plan de seguros dentales y de vista para empleados federales (FEDVIP)

Algunos planes FEHB ya cubren ciertos servicios dentales y de la vista. Cuando usted cuenta con cobertura por parte de más de un plan dental o de la vista, la cobertura proporcionada dentro del Plan FEHB es la que permanece como cobertura primaria o principal. La cobertura FEDVIP paga como secundaria a la otra cobertura. Cuando se afilia a un Plan dental o de la vista en BENEFEDES.com o por teléfono al: 877-888-3337, (TTY 877-889-5680), le pedirán que proporcione información sobre su Plan FEHB con el fin de que sus Planes puedan coordinar beneficios. Proporcionar su información sobre FEHB podría reducirle los gastos por desembolso directo.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico aprobado incluye: fase I, fase II, fase III, o fase IV del ensayo clínico que se realiza con el fin de prevenir, detectar o tratar el cáncer u otras enfermedades o afecciones mortales y que puede ser financiado federalmente; llevado a cabo en el marco de la aplicación de un nuevo fármaco experimental supervisado por la FDA; o se trata de una prueba de medicamento exenta del requisito de la aplicación como nuevo fármaco experimental.

Si usted forma parte de un ensayo clínico, este Plan le proporcionará la atención correspondiente, de la siguiente manera, siempre y cuando no sea proporcionada por el propio ensayo clínico:

- Costos de atención médica de rutina - costos para servicios de rutina tales como visitas a doctor, pruebas de laboratorio, rayos x y escaneos, así como hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la afección o enfermedad del paciente, ya sea que el paciente forme parte de un ensayo clínico o reciba terapia normal.
- Costos de atención extra - costos relacionados con la participación en un ensayo clínico, tales como pruebas adicionales que un paciente requiere como parte del ensayo pero no como parte de los cuidados de rutina del paciente. Este Plan cubre algunos de estos costos, en el entendido de que el plan determina qué servicios son clínicamente necesarios. Lo animamos a que se ponga en contacto con el Plan para comentar los servicios específicos que recibiría si participara en un ensayo clínico.
- Costos de investigación - costos relacionados con la puesta en marcha del ensayo clínico, tales como tiempo de investigación del médico y la enfermera, análisis de resultados así como pruebas clínicas realizadas únicamente con propósitos de investigación. Estos costos están por lo general cubiertos por los ensayos clínicos. Este Plan no cubre estos costos.

Cuando usted cuenta con Medicare

• ¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguros médicos para:

- Personas de 65 años de edad o mayores
- Algunas personas con discapacidades que tienen menos de 65 años de edad
- Personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante)

Medicare tiene cuatro partes:

- Parte A (seguro para hospitales). La mayoría de las personas no tienen que pagar por la parte A. Si usted o su cónyuge trabajaron durante al menos 10 años en un empleo cubierto por Medicare,

deberán de poder calificar para el seguro sin prima de la parte A. (Si usted fue un empleado federal en cualquier momento antes o durante enero de 1983, usted recibirá crédito por su empleo federal antes de enero de 1983). De otra manera, si usted tiene 65 años o más, podrá ser capaz de comprarlo. Póngase en contacto al: 800-MEDICARE (800-633-4227), (TTY 877-486-2048) para obtener mayor información.

- Parte B (seguro médico). La mayoría de las personas paga mensualmente la parte B. Por lo general, las primas de la parte B se retienen de su cheque mensual de seguridad social o de su cheque de retiro.
- Parte C (programa de ventajas Medicare). Usted puede afiliarse a un Plan de ventajas Medicare para obtener sus beneficios Medicare. Le ofrecemos un Plan de ventajas Medicare. Por favor revise la información sobre la coordinación de beneficios con los Planes de ventajas Medicare en la siguiente página.
- Parte D (cobertura Medicare para medicamentos bajo prescripción médica). Existe una prima mensual para la cobertura de la parte D. Antes de afiliarse a la parte D de Medicare, por favor revise la notificación de divulgación importante de GlobalHealth sobre la cobertura FEHB de medicamentos bajo prescripción médica y Medicare. La notificación se encuentra en la primera página interior de este folleto.

Para personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda extra para pagar un Plan Medicare de medicamentos bajo prescripción médica. Para mayor información sobre esta ayuda extra, visite en línea la administración de seguridad social al: www.socialsecurity.gov, o llámelos al: 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

- **¿Debo afiliarme a Medicare?**

La decisión de afiliarse a Medicare es suya. Lo animamos a que solicite los beneficios Medicare, 3 meses antes de cumplir los 65 años. Es fácil. Únicamente llame a la administración de seguridad social al número sin costo: 800-772-1213 (TTY 800-325-0778) para agendar una cita y aplicar. Si usted no solicita una o más partes de Medicare, puede seguir cubierto bajo el Programa FEHB.

Si usted puede obtener la cobertura libre de primas de la parte A, le sugerimos que se afilie a ella. La mayoría de los empleados federales y pensionados tienen derecho a la parte A de Medicare a los 65 años de edad **sin ningún costo**. Cuando usted no tiene que pagar primas para la parte A de Medicare, tiene mucho sentido obtener esa cobertura.

Puede reducirle los gastos por desembolso directo así como los costos del plan FEHB, lo cual puede ayudar a mantener bajas las primas en el FEHB.

A todos se les cobra una prima por la cobertura de la parte B de Medicare. La administración de la seguridad social puede proporcionarle la información sobre primas y beneficios. Revise la información y decida si le conviene comprar la cobertura de la parte B de Medicare. Si no se inscribe en la parte B de Medicare en el primer momento en que es elegible, después le cobrarán una penalización por inscripción tardía del 10% de aumento en la prima por cada 12 meses en que no haya estado inscrito. Si usted no optó por la parte B a los 65 años porque estaba cubierto en el programa FEHB como empleado activo (o estaba cubierto dentro del Plan de seguros de salud grupal de su cónyuge y él/ella era empleado activo), podrá obtener la parte B (por lo general sin una prima mayor) en un lapso de 8 meses a partir del momento en que su cónyuge dejó de trabajar o del momento en que dejó de estar cubierto por el Plan grupal. También podrá obtenerla en cualquier momento mientras esté dentro de la cobertura del Plan grupal.

Si usted es elegible para Medicare, podrá tener opciones sobre la forma en que puede obtener su atención médica. Medicare Advantage (plan de ventajas Medicare) es el término empleado para describir la gran variedad de opciones de planes de salud privados disponibles para los beneficiarios de Medicare. La información contenida en las próximas páginas muestra cómo coordinamos los beneficios con Medicare, dependiendo de si usted se encuentra en el Plan original Medicare o en el Plan privado de ventajas Medicare.

- **El Plan Medicare Original (Parte A y Parte B)**

El Plan original Medicare (Original Medicare) está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos. Es la forma en que todo el mundo solía obtener los beneficios Medicare y es la forma en que actualmente la mayoría de las personas obtienen los beneficios de la parte A y B de Medicare. Puede acudir a cualquier doctor, especialista, u hospital que acepte Medicare. El Plan original Medicare paga su parte y usted paga la suya.

Todos los médicos y demás proveedores tienen a obligación, por ley, de presentar los reclamos

directamente a Medicare para los miembros que cuenten con la parte B, cuando Medicare sea el pagador primario o principal. Esto es una realidad, aun si aceptan o no Medicare.

Cuando usted está inscrito en Medicare original junto con este Plan, deberá seguir las reglas de este folleto para que nosotros podamos cubrir sus gastos de atención médica.

Proceso de reclamos cuando cuenta con el Plan original Medicare – probablemente no necesitará presentar un formulario de reclamación cuando cuente tanto con nuestro Plan como con el Plan original Medicare.

Cuando nosotros somos el pagador primario o principal, procesamos la reclamación primero.

Cuando Medicare original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamación primero. En la mayoría de los casos, su reclamación se coordinará de manera automática y le proporcionaremos los beneficios secundarios para los cargos cubiertos. Para saber si debe hacer algo para presentar su reclamación, llámenos al: 877-280-2989 o visite nuestro sitio de Internet al: www.GlobalHealth.com/fehb.

Nosotros no condonamos ningún costo si el Plan original Medicare es el pagador primario o principal.

Por favor revise la siguiente tabla. Ilustra su reparto de costos cuando se encuentra afiliado a la parte B de Medicare. Medicare será el pagador primario para todos los servicios elegibles por Medicare. Los miembros deben hacer uso de proveedores que acepten la asignación de Medicare.

Descripción del beneficio	Costo para el miembro sin Medicare	Costo para el miembro con Medicare Parte B
Deducible	Opción elevada: \$0 Opción estándar: \$300 usted únicamente/\$600 usted más una persona o usted y su familia	Opción elevada: \$0 Opción estándar: \$300 usted únicamente/\$600 usted más una persona o usted y su familia
Máximo por desembolso directo	Opción elevada: \$5,000 usted únicamente/\$7,000 usted más una persona o usted y su familia Opción estándar: \$6,500 usted únicamente/\$7,500 usted más una persona o usted y familia	Opción elevada: \$5,000 usted únicamente/\$7,000 usted más una persona o usted y su familia Opción estándar: \$6,500 usted únicamente/\$7,500 usted más una persona o usted y familia
Médico de cuidados básicos	\$0	\$0
Especialista	Opción elevada: \$35 de copago Opción estándar: \$45 de copago	Opción elevada: \$35 de copago Opción estándar: \$45 de copago
Hospitalización	Opción elevada: \$250 por admisión/ maternidad; \$250 de copago por día hasta \$750 de copago por admisión/otros Opción estándar: \$300 de copago por día hasta \$900 de copago por admisión/maternidad; \$500 de copago por día hasta \$1,500 de copago por admisión/otros	Opción elevada: \$250 por admisión/ maternidad; \$250 de copago por día hasta \$750 de copago por admisión/otros Opción estándar: \$300 de copago por día hasta \$900 de copago por admisión/maternidad; \$500 de copago por día hasta \$1,500 de copago por admisión/otros

Descripción del beneficio	Costo para el miembro sin Medicare	Costo para el miembro con Medicare Parte B
Hospital ambulatorio	<p>Opción elevada: \$250 de copago/ instalación preferencial; \$750 de copago/instalación no preferencial</p> <p>Opción estándar: \$500 de copago/instalación preferencial; \$1,000 de copago/instalación no preferencial</p>	<p>Opción elevada: \$250 de copago/ instalación preferencial; \$750 de copago/instalación no preferencial</p> <p>Opción estándar: \$500 de copago/instalación preferencial; \$1,000 de copago/instalación no preferencial</p>
Rx (prescripciones)	<p>Opción elevada farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 - \$4/\$12 de copago en una farmacia de la red • Nivel 2 - \$50 de copago en una farmacia de la red • Nivel 3 - \$80 de copago en una farmacia de la red • Nivel 4 - 10% hasta \$150 por medicamentos preferenciales en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) • Nivel 5 - 10% hasta \$250 por medicamentos no preferenciales en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) <p>Opción estándar farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 - \$6/\$15 de copago en una farmacia de la red • Nivel 2 - \$70 de copago en una farmacia de la red • Nivel 3 - \$105 de copago en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) • Nivel 4 - 10% hasta \$200 por medicamentos preferenciales en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) • Tier 5 - 10% up to \$300 for non-preferred drugs at in-network pharmacy (oral chemotherapy drugs have a maximum of \$100) 	<p>Opción elevada farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 - \$4/\$12 de copago en una farmacia de la red • Nivel 2 - \$50 de copago en una farmacia de la red • Nivel 3 - \$80 de copago en una farmacia de la red • Nivel 4 - 10% hasta \$150 por medicamentos preferenciales en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) • Nivel 5 - 10% hasta \$250 por medicamentos no preferenciales en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) <p>Opción estándar farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 - \$6/\$15 de copago en una farmacia de la red • Nivel 2 - \$70 de copago en una farmacia de la red • Nivel 3 - \$105 de copago en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) • Nivel 4 - 10% hasta \$200 por medicamentos preferenciales en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100)

Descripción del beneficio	Costo para el miembro sin Medicare	Costo para el miembro con Medicare Parte B
Rx (prescripciones) – pedidos por correo (suministro de 90 días)	<p>Opción elevada farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 - \$8/\$24 de copago en una farmacia de la red Nivel 2 - \$125 de copago en una farmacia de la red Nivel 3 - \$240 de copago en una farmacia de la red <p>Opción estándar farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 - \$12/\$30 de copago en una farmacia de la red Nivel 2 - \$150 de copago en una farmacia de la red Nivel 3 - \$270 de copago en una farmacia de la red 	<p>Opción elevada farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 - \$8/\$24 de copago en una farmacia de la red Nivel 2 - \$125 de copago en una farmacia de la red Nivel 3 - \$240 de copago en una farmacia de la red <p>Opción estándar farmacia de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 - \$12/\$30 de copago en una farmacia de la red Nivel 2 - \$150 de copago en una farmacia de la red Nivel 3 - \$270 de copago en una farmacia de la red

• **Infórmenos sobre su cobertura Medicare**

Deberá informarnos si usted o un familiar cubierto cuenta con la cobertura Medicare, de igual manera deberá proporcionarnos información sobre servicios que hayan sido rechazados o pagados bajo la cobertura Medicare, si así se lo solicitamos. También deberá decirnos si usted o algún familiar cubierto cuenta con cualquier otra cobertura, pues dicha cobertura puede afectar el estatus primario/secundario de este Plan y de Medicare.

• **Plan de ventajas Medicare - Medicare Advantage (Parte C)**

Si usted es elegible para Medicare, podrá decidir si se afilia o no para obtener los beneficios Medicare disponibles a través del plan de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plan). Estas son opciones de atención médica privada (como Organizaciones de mantenimiento de la salud - HMOs y Organizaciones de proveedores preferenciales regionales - PPOs) en algunas áreas del país.

Para mayor información sobre los Planes de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plans), póngase en contacto con Medicare al: 800-MEDICARE (800-633-4227), (TTY 877-486-2048) o en la dirección: www.medicare.gov.

Si usted se inscribe en un plan de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plan), las siguientes opciones estarán disponibles para usted:

Este Plan y nuestro Plan de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plan): usted puede inscribirse en nuestro Plan de ventajas Medicare y permanecer también afiliado a nuestro Plan FEHB. En este caso, aplicará cierta coordinación de beneficios. Para mayor información sobre los Planes de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plans), por favor llame al: 844-280-5555.

Este Plan y el Plan de ventajas de Medicare de otro Plan: usted puede afiliarse al plan de ventajas Medicare de otro Plan y permanecer también inscrito en nuestro Plan FEHB. Nosotros seguiremos proporcionando los beneficios cuando su plan de ventajas Medicare sea primario, aún fuera de la red del Plan de ventajas Medicare y/o del área de servicio (si utiliza nuestros proveedores del Plan).

Sin embargo, no condonaremos ninguno de nuestros copagos, coaseguros o deducibles. Si usted se afilia a un Plan de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plan), infórmenos. Necesitaremos saber si usted está en el Plan original Medicare o en un Plan de ventajas Medicare para poder coordinar de manera correcta los beneficios con Medicare.

Suspensión de cobertura FHB para afiliarse a un Plan de ventajas Medicare: si es usted un pensionado o ex cónyuge, puede suspender su cobertura FEHB para inscribirse a un Plan de ventajas Medicare (Medicare Advantage Plan), eliminando su prima FEHB. (La oficina de manejo de personal -OPM no contribuye a su prima para el Plan de ventajas de Medicare). Para obtener información sobre la suspensión de la afiliación a los planes FEHB, póngase en contacto con su

oficina de retiros. Si más adelante desea re-inscribirse en el Programa, generalmente podrá hacerlo durante el periodo abierto para inscripciones (Open Season), a menos de que usted haya perdido la cobertura de manera involuntaria o haya salido del área de servicio del Plan de ventajas Medicare.

- **Cobertura Medicare para medicamentos bajo prescripción médica (Parte D)**

Cuando nosotros somos el pagador primario o principal, procesamos la reclamación primero. Si se inscribe en Medicare parte D y somos el pagador secundario, revisaremos los reclamos sobre los costos de medicamentos bajo prescripción médica que no están cubiertos por Medicare parte D y los consideraremos para pago dentro del Plan FEHB.

Medicare siempre toma la última determinación sobre si son o no el pagador primario. El siguiente cuadro ilustra si Medicare o este Plan deben ser el pagador primario para usted, de acuerdo a su estatus de empleo y a otros factores determinados por Medicare. Es crucial que nos informe si usted o un familiar cubierto cuenta con cobertura Medicare para que podamos administrar estos requerimientos de manera correcta. **(Contar con cobertura bajo más de dos planes de salud podría cambiar el orden de los beneficios determinados en este cuadro).**

Cuadro para pagador primario		
A. Cuando usted –o su cónyuge cubierto- tiene 65 años de edad o más y cuenta con Medicare y usted...	El pagador primario para el individuo con Medicare es...	
	Medicare	Este Plan
1) Tiene cobertura FEHB por su cuenta como empleado activo		✓
2) Tiene cobertura FEHB por su cuenta como pensionado o a través de su cónyuge que es un pensionado	✓	
3) Tiene cobertura FEHB a través de su cónyuge quien es un empleado activo		✓
4) Es un pensionado recontratado en el gobierno federal y su posición está excluida del plan FEHB (su oficina de empleo sabrá si este es el caso) y usted no está cubierto dentro del plan FEHB a través de su cónyuge, como lo establece el punto #3 antes mencionado	✓	
5) Es un pensionado recontratado en el gobierno federal y su posición no está excluida del programa FEHB (su oficina de empleo sabrá si este es el caso) y...		
• Tiene cobertura FEHB usted mismo o a través de su cónyuge quien es, también, un empleado activo		✓
• Tiene cobertura FEHB a través de su cónyuge quien es un pensionado	✓	
6) Es un juez federal quien se retiró bajo el título 28 del U.S.C. (Código de los Estados Unidos) o un juez del tribunal fiscal (Tax Court) quien se retiró bajo la sección 7447 del título 26 del U.S.C. (Código de los Estados Unidos) (o si su cónyuge cubierto es este tipo de juez) y usted no está cubierto dentro del Plan FEHB a través de su cónyuge, como lo establece el punto #3 antes mencionado	✓	
7) Está inscrito en la parte B únicamente, sin importar el estatus de su empleo	✓ para servicios de la Parte B	✓ para otros servicios
8) Es un empleado federal que recibe los beneficios por discapacidad de la compensación para trabajadores durante seis meses o más	✓ *	
B. Cuando es usted un familiar cubierto...		
1) Cuenta únicamente con Medicare con base en el padecimiento de una enfermedad renal en etapa terminal (end stage renal disease ESRD) y...		
• Se encuentra dentro de los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare debido a la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (30-meses de periodo de coordinación)		✓
• Se encuentra más allá del periodo de coordinación de 30 meses y usted o su familiar todavía tienen derecho a Medicare debido a la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	✓	
2) Se convierte en candidato elegible para Medicare debido a la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) al ser ya un beneficiario de Medicare y...		
• Este Plan era el pagador primario antes de ser elegible por la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (por 30 meses de periodo de coordinación)		✓
• Medicare era el pagador primario antes de contar con la elegibilidad basada en la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	✓	
3) Cuenta con una cobertura de continuación temporal (Temporary Continuation of Coverage -TCC) y...		
• Medicare con base en edad y discapacidad	✓	
• Medicare con base en la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (por el periodo de coordinación de 30 meses)		✓
• Medicare con base en la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (después del periodo de coordinación de 30 meses)	✓	
C. Cuando usted o un familiar son candidatos elegibles para Medicare únicamente debido a discapacidad y usted...		
1) Tiene cobertura FEHB propia como empleado activo o mediante un familiar que sea empleado activo		✓
2) Tiene cobertura FEHB propia como pensionado o mediante un familiar que sea pensionado	✓	
D. Cuando usted está cubierto bajo la disposición de equidad del cónyuge de FEHB como ex cónyuge	✓	

*La compensación laboral o de los trabajadores se considera primaria para los reclamos relacionados con su afección bajo el programa de compensación laboral (Workers' Compensation).

Sección 10. Definiciones sobre términos empleados en este folleto

Año de calendario	Del 1° de enero al 31 de diciembre del mismo año. Para los nuevos afiliados, el año de calendario empieza en la fecha efectiva de su inscripción y termina el 31 de diciembre de ese mismo año.
Categorías por costo de los ensayos clínicos	<p>Un ensayo clínico aprobado incluye la fase I, fase II, fase III o fase IV del ensayo clínico que se realiza con el fin de prevenir, detectar o tratar el cáncer u otras enfermedades o afecciones mortales y que puede ser financiado federalmente; llevado a cabo en el marco de la aplicación de un nuevo fármaco experimental supervisado por la FDA; o se trata de una prueba de medicamento exenta del requisito de la aplicación como nuevo fármaco experimental.</p> <ul style="list-style-type: none">• Costos de cuidados de rutina – costos para servicios de rutina tales como visitas al médico, pruebas de laboratorio, rayos x y escaneos, así como hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de cáncer en un paciente, ya sea que el paciente se encuentre en un ensayo clínico o recibiendo terapia normal.• Costos de atención extra - costos relacionados con la participación en un ensayo clínico, tales como pruebas adicionales que un paciente requiere como parte del ensayo pero no como parte de los cuidados de rutina del paciente.• Costos de investigación - costos relacionados con la puesta en marcha del ensayo clínico, tales como tiempo de investigación del médico y la enfermera, análisis de resultados así como pruebas clínicas realizadas únicamente con propósitos de investigación. Estos costos están por lo general cubiertos por los ensayos clínicos. Este Plan no cubre estos costos.
Coaseguro	El coaseguro es el porcentaje de nuestra prestación que usted debe pagar para contar con su atención médica. Es probable que también sea responsable de cubrir ciertos montos adicionales. Vea la página 22.
Copago	Un copago es una cantidad de dinero fija que usted paga cuando recibe los servicios cubiertos. Vea la página 22.
Reparto de costos	El reparto de costos es un término general que se emplea para referirse a los gastos por desembolso directo (out-of-pocket costs) (p.ej. deducible, coaseguro y copagos) del servicio cubierto que usted recibe.
Servicios cubiertos	Atención médica para la que proporcionamos beneficios, tal como se describen en este folleto.
Cuidado supervisado	Atención o cuidados que tienen el propósito principal de asistir o ayudar en las actividades de la vida diaria o bien cubrir necesidades personales más que médicas y no se trata de una terapia específica para tratar una enfermedad o lesión ni tampoco es una atención médica especializada.
Deducible	Un deducible es una cantidad fija de gastos cubiertos que usted debe saldar para ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que comencemos a pagar los beneficios para esos servicios. Vea la página 22.
Servicios experimentales o de investigación	Aquellos procedimientos y/o artículos dispuestos por GlobalHealth y que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.
Cobertura de salud grupal	Beneficios de salud proporcionados a un grupo de personas, por lo general a través de un empleador, mediante una política o contrato único, a cambio de una prima.
Atención médica profesional	Un médico o cualquier otro profesional de la salud con licencia, acreditación o certificación para ofrecer servicios de salud específicos que sean consistentes con la ley estatal.
Necesidad médica	Servicios que nosotros determinamos como apropiados para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad o lesión.
Instalaciones no preferenciales	Un hospital o centro que cuenta con un contrato con GlobalHealth para proporcionar servicios con un descuento. Usted pagará el reparto de costos elevado cuando elija estas instalaciones por encima de un hospital o centro preferencial.
Prestación del Plan	<p>La prestación del Plan es el monto que utilizamos para determinar nuestros pagos así como el coaseguro que usted paga para los servicios cubiertos. Los planes determinan sus prestaciones de distintas maneras. Nosotros determinamos nuestra prestación con base en tarifas contractuales con nuestros proveedores.</p> <p>GlobalHealth ofrece copagos fijos para todos los servicios, excepto en el caso de equipo médico</p>

durable, prótesis y equipo ortopédico que no deba ser colocado mediante cirugía, prótesis auditivas y medicamentos especializados que cuenten con un coaseguro. Los copagos no varían dependiendo del monto permitido.

Reclamos post-servicio	Cualquier reclamo que no sea antes del servicio. En otras palabras, los reclamos post-servicio son aquellos reclamos en los que el tratamiento ha sido efectuado y los reclamos nos han sido enviados para solicitar nuestros beneficios.
Instalación preferencial	Un hospital o centro que tenga un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios a usted, con un descuento. Usted pagará un reparto de costos menor cuando elija estas instalaciones por encima de las no preferenciales.
Reclamos pre-servicio	Aquellos reclamos (1) que requieren una pre certificación, aprobación previa o referencia y (2) en los que no contar con una pre certificación, aprobación previa o referencia resultaría en una reducción de los beneficios.
Reembolso	La búsqueda de una recuperación por parte de la compañía, cuando un individuo cubierto ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, en relación con dicha enfermedad o lesión, un pago de alguna de las partes que podrían ser responsables, de cualquier póliza de seguro aplicable, programa de compensación laboral o póliza de seguro y los términos del Plan de beneficios de salud de la compañía requieren que el individuo cubierto, como resultado de dicho pago, reembolse a la compañía una parte de ese pago hasta el monto de los beneficios pagados o proporcionados inicialmente. El derecho al reembolso es acumulativo con y no exclusivo del derecho de subrogación.
Subrogación	La búsqueda de una recuperación por parte de la compañía de alguna de las partes que podrían ser responsables, de cualquier póliza de seguro aplicable, o de un programa de compensación laboral o póliza de seguro como heredero de los derechos de un individuo cubierto quien ha sufrido una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios de un Plan de beneficios de salud de la compañía.
Reclamos de atención urgente	<p>Un reclamo de tratamiento o atención médica es considerado como reclamación urgente si el hecho de esperar el límite de tiempo normal para los reclamos no urgentes podría tener alguno de los siguientes impactos o consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Esperar podría poner en serio peligro su vida o su salud;• Esperar podría poner en serio peligro su habilidad para recuperar una función corporal máxima; o• En la opinión de un médico, que conoce bien su padecimiento, esperar lo sometería a usted a dolores severos que no podrían ser manejados adecuadamente sin la atención o tratamiento involucrados en el reclamo. <p>Los reclamos de atención urgente por lo general involucran reclamos pre-servicio y post-servicio. Nosotros juzgaremos si un reclamo es o no de atención urgente, poniendo en práctica el juicio de una persona laica prudente que cuente con un conocimiento promedio sobre medicina y cuestiones de salud.</p> <p>Si usted cree que su reclamo califica como reclamo de atención urgente, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de atención al cliente al: 877-280-2989. Usted también podría probar que su reclamo es de atención urgente si proporciona evidencia de que un doctor con conocimiento de su condición médica ha determinado que su reclamo involucra atención urgente.</p>
Nosotros	Nosotros se refiere a GlobalHealth.
Usted	Usted se refiere al afiliado y a cada miembro de la familia cubierto.

Sección 11. Otros programas federales

Por favor note que los siguientes programas no son parte de sus beneficios FEHB. Se trata de programas federales independientes que complementan sus beneficios FEHB y que pueden reducir potencialmente sus gastos anuales por desembolso directo. Estos programas se ofrecen de manera independiente al Programa FEHB y requieren que usted esté afiliado por separado y sin contribución gubernamental.

Información importante sobre cuatro programas federales que complementan al Programa FEHB

Primero, el **Programa de cuentas de gastos flexibles federales (Federal Flexible Spending Account Program)**, también conocido como FSAFEDS, le permite poner a un lado dinero de su salario, previo a impuestos, para reembolsarle por gastos de atención médica y/o cuidado dependiente elegibles. Usted paga menos en impuestos por lo que ahorra dinero. Los empleados participantes ahorran en promedio un 30% en productos y servicios que por lo general pagarían en desembolso directo.

Segundo, el **Programa de seguro dental y de la vista para empleados federales (Federal Employees Dental and Vision Insurance Program - FEDVIP)** ofrece seguro amplio dental y de la vista a tarifas grupales competitivas. Existen varios Planes de dónde elegir. Dentro del FEDVIP usted puede elegir el plan de cobertura Self Only (usted únicamente), Self Plus One (usted más una persona), o Self and Family para los dependientes elegibles.

Tercero, el **Programa de seguro federal de atención médica a largo plazo (Federal Long Term Care Insurance Program - FLTCIP)** puede ayudar a cubrir costos de atención médica a largo plazo, que no están cubiertos dentro del Programa FEHB.

Cuarto, el **Programa de seguro de vida grupal para empleados federales (Federal Employees' Group Life Insurance - FEGLI)** puede ayudar a proteger a su familia de los gastos onerosos de un funeral y de la pérdida inesperada de su ingreso.

Programa federal de cuentas de gastos flexibles (The Federal Flexible Spending Account Program – FSAFEDS)

¿Qué es una cuenta de gastos flexibles -FSA?

Es una cuenta en donde usted aporta dinero de su salario ANTES de la retención de impuestos, después genera gastos elegibles y obtiene un reembolso. Usted paga menos en impuestos por lo tanto ahorra dinero. **Los pensionados no son elegibles para afiliarse.**

Existen tres tipos de cuentas de gastos flexibles (FSAs) ofrecidas por el Programa federal de cuentas de gastos flexibles (FSAFEDS). Cada tipo tiene una designación mínima anual de \$100. La designación máxima anual para una cuenta de gastos flexibles en atención médica (healthcare flexible spending account - HCFSA) o para una cuenta limitada de gastos en atención médica (limited expense healthcare spending account - LEX HCFSA) es de \$2,600 por persona. La designación máxima anual para una cuenta de gastos flexibles para cuidado dependiente (dependent care flexible spending account - DCFSA) es de \$5,000 por hogar o núcleo familiar.

- **Cuentas de gastos flexibles para la atención médica (HCFSA)** – le reembolsa por gastos elegibles de atención médica por desembolso directo (tales como copagos, deducibles, medicamentos y fármacos sin receta -over-the-counter- **prescritos por un médico**, gastos dentales y de la vista y mucho más) para usted y para sus dependientes fiscales, incluyendo hijos adultos (hasta el final del año de calendario del año en que cumplen 26 años de edad).

El Programa FSAFEDS ofrece reembolso sin papeleo para sus cuentas de gastos flexibles para la atención médica (HCFSA) mediante una serie de planes FEHB y FEDVIP. Esto quiere decir que cuando usted o su proveedor presentan reclamos con su Plan FEHB o FEDVIP, el Programa federal de cuentas de gastos flexibles (FSAFEDS) automáticamente le reembolsará sus gastos elegibles por desembolso directo con base en la información sobre el reclamo que recibe de su Plan.

- **Cuenta de gastos flexibles para gastos limitados en atención médica (Limited Expense Health Care FSA - LEX HCFSA)** – diseñado para empleados afiliados en o cubiertos por un Plan de salud de deducible alto (High Deductible Health Plan) con una cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account). Los gastos elegibles están limitados a los gastos por desembolso directo en cuestiones de atención dental y de la vista para usted y sus dependientes fiscales, incluyendo hijos adultos (hasta el final del año de calendario del año en que cumplen 26 años de edad)
- **Cuenta de gastos flexibles para cuidado del dependiente (Dependent Care FSA - DCFSA)** – le reembolsa a usted los gastos elegibles **no médicos** de guardería para sus hijos de menos de

13 años de edad y/o para cualquier persona que usted declare como dependiente en su declaración federal de impuestos (Federal Income Tax return) y que tenga una discapacidad mental o física que no le permite cuidarse solo. Usted (y su cónyuge si está casado) deben estar trabajando, buscando empleo (el ingreso debe ser ganado durante el año), o asistiendo a la escuela de tiempo completo para ser elegible y contar con la cuenta de gastos flexibles para cuidado del dependiente (DCFSA).

- Si es usted un nuevo o reciente empleado elegible, tiene 60 días a partir de la fecha de contratación para afiliarse en un programa HCFSA o LEX HCFSA y/o DCFSA, pero debe afiliarse antes del 1° de octubre. Si a usted lo contratan o se convierte en empleado elegible el 1° de octubre o después de esta fecha, deberá esperar a inscribirse durante el periodo abierto de inscripciones para beneficios federales (Federal Benefits Open Season) que se lleva a cabo cada otoño.

¿En dónde puedo obtener más información sobre el Programa federal de cuentas de gastos flexibles (FSAFEDS)?

Visite la página: www.FSAFEDS.com o llame, sin costo, a un asesor de beneficios FSAFEDS al: 877-FSAFEDS (877-372-3337), TTY: 866-353-8058, de lunes a viernes de 9 a.m. a 9 p.m., tiempo del Este.

Programa de seguro dental y de la vista para empleados federales (Federal Employees Dental and Vision Insurance Program – FEDVIP)

Información importante

El programa de seguro dental y de la vista para empleados federales (The Federal Employees Dental and Vision Insurance Program -FEDVIP) es independiente y diferente al programa FEHB. **Este Programa ofrece un seguro amplio dental y de la vista a tarifas grupales competitivas, sin límites o condiciones pre-existentes para la afiliación.**

El FEDVIP está disponible para empleados y retirados federales y del servicio postal así como para los miembros de su familia elegibles, con base en el principio de pagos cubiertos por la persona inscrita. Las primas para empleados se retienen del salario con base en el criterio pre-impuesto.

Seguro dental

Todos los Planes dentales ofrecen una amplia variedad de servicios, incluyendo:

- Servicios de clase A (básicos), que incluyen revisiones orales, profilaxis, evaluaciones de diagnóstico, selladores y rayos x.
- Servicios de clase B (intermedios), que incluyen procedimientos de restauración tales como amalgamas, tapar muelas, coronas prefabricadas de acero inoxidable, raspado periodontal, extracciones de dientes y ajustes a dentaduras.
- Servicios de clase C (importantes o graves), que incluyen servicios de endodoncia como tratamiento de conducto radicular, servicios periodontales como gingivectomía, servicios de restauración mayores tales como coronas, cirugía oral, puentes y servicios de prostodoncia como dentaduras postizas completas.
- Servicios de clase D (ortodoncia) con un periodo de espera de hasta 12 meses. **La mayoría de los Planes dentales FEDVIP cubren ortodoncia para adultos pero puede tener ciertas limitaciones. Revise el folleto de su Plan dental FEDVIP para obtener información sobre este beneficio.**

Seguro de la vista

Todos los Planes de la vista ofrecen una amplia variedad de exámenes para los ojos y cobertura para lentes y armazones o para lentes de contacto, según sea su elección. Otros beneficios como descuentos en la cirugía LASIK pueden estar también disponibles.

Información adicional

Usted puede encontrar una comparación de los Planes disponibles así como sus primas en la página de Internet de la oficina de manejo del personal (OPM) en: www.opm.gov/dental y www.opm.gov/vision. Estos sitios también proporcionan enlaces a los sitios de Internet de cada uno de los Planes, en donde puede consultar la información detallada sobre beneficios y proveedores preferenciales.

¿Cómo me inscribo?

Usted se inscribe por Internet en: www.BENEFEDS.com. Para aquellas personas que no tienen acceso a una computadora, llame al: 877-888-3337, (TTY 877-889-5680).

Programa de seguro federal de atención médica a largo plazo (Federal Long Term Care Insurance Program – FLTCIP)

Protección importante

El programa de seguro federal de atención médica a largo plazo (The Federal Long Term Care Insurance Program - FLTCIP) puede ayudar a cubrir costos potenciales de atención médica a largo plazo, que no están cubiertos dentro de los Planes FEHB. La atención médica a largo plazo es la ayuda que recibe para realizar actividades de la vida diaria -tales como bañarse, vestirse solo – o supervisar que reciba dicha ayuda debido a un impedimento cognitivo como la enfermedad de Alzheimer. Por ejemplo la atención a largo plazo puede recibirse en casa, de parte de un ayudante de atención médica, en un asilo para ancianos, en una instalación o centro de vida asistida o en una guardería o asilo de día para adultos. Para ser candidato a la cobertura dentro del Programa FLTCIP, deberá realizar y aprobar una revisión médica (llamada aseguramiento - underwriting). Los empleados y pensionados federales y del servicio postal de los Estados Unidos, así como los miembros activos y retirados de los servicios uniformados y sus familiares calificados, son elegibles para solicitar dicho programa. Sus familiares calificados pueden realizar una solicitud aún y cuando usted no lo haga. Ciertas condiciones médicas o combinación de condiciones pueden hacer que algunas personas no sean aprobadas para la cobertura. Usted debe de realizar una solicitud para saber si será aprobado para la inscripción. Para mayor información, llame al: 800-LTC-FEDS (800-582-3337), (TTY 800-843-3557), o visite la página: www.ltcfeds.com.

Programa de seguro de vida grupal para empleados federales (Federal Employees' Group Life Insurance - FEGLI)

Tranquilidad para usted y su familia

El programa de seguro de vida grupal para empleados federales (Federal Employees' Group Life Insurance - FEGLI) puede ayudar a proteger a su familia de los gastos onerosos de un funeral y de la pérdida inesperada de su ingreso. Usted puede obtener la cobertura de un seguro de vida comenzando con un año de salario y hasta más de seis veces su salario, así como muchas otras opciones en el camino. También puede obtener cobertura sobre la vida de su cónyuge y de sus hijos dependientes solteros de menos de 22 años de edad. Usted puede continuar con su cobertura durante el retiro, si cumple con ciertos requisitos. Para mayor información, visite la página: www.opm.gov/life.

Índice

Lesión accidental 48, 60-63, 74-75	Examen de sangre oculta en heces29	Precertificación..... 18
Cuidado de alergias.....35	Fraude 3-4	Medicamentos bajo prescripción médica 67-73
Tratamientos alternativos.....44	Exclusiones generales81	Cuidado preventivo, adulto 29-31
Ambulancia.....59, 62	Servicios de habilitación37	Cuidado preventivo, niños31
Anestesia.....54, 56	Servicios de atención	Servicios preventivos..... 29-31, 71-73
Trasplantes autólogos de médula ósea 50-51	Domiciliaria 43-44	Aprobación previa.. 18
Biopsia46	Hospital	Dispositivos prostéticos.....40
Yesos 56-57	Hospitalización5, 46, 55, 65	Psicólogo64
Protección para desastres o catástrofes... ..22	Ambulatorio.....56, 66, 74	Terapia de radiación 35, 55-56
Cambios para 2018 14-15	Immunizaciones 30-31	Reconstructivo.....48
Quimioterapia35, 56, 70	Infertilidad34	Hospedaje y comida.....55, 65
Quiropráctico44	Insulina 42, 69-70	Segunda opinión quirúrgica27
Pruebas de colesterol29	Imágenes por resonancia magnética (MRIs)29	Instalación de cuidados de enfermería especializada.....27, 57, 81
Reclamaciones13, 76, 84	Mamografías30	Cese del tabaquism44, 73, 76
Coaseguro22, 95	Beneficios de	Trabajador social64
Prueba de cáncer colorrectal29	maternidad20, 32, 55	Terapia del lenguaje..... 36-37
Anomalías congénitas47	Medicaid87	Férulas 55-56
Medicamentos y dispositivos	Medicamente necesario95	Subrogación.....87
anticonceptivos70	Medicare 87-94	Abuso de sustancias.....45, 64-66, 78
Reparto de costos.....22, 95	Beneficios de salud mental/abuso de sustancias 64-66, 82	Cirugía
Servicios cubiertos.....12, 95	Cuidado del recién nacido32, 46	Anestesia5, 54, 56
Muletas41	Beneficios que no son de FEHB80	Oral.....49
Deducible12, 22, 95	Enfermeras	Ambulatoria.....59, 62
Definiciones..... 95-96	Enfermera práctica con licencia	Reconstructiva48
Cuidado dental74-75, 97-98	(LPNA).....43, 50	Jeringas71
Servicios de diagnóstico29, 65, 98	Enfermera anestesista	Continuación temporal de la cobertura (TCC)10
Revisión de reclamaciones en disputa 20, 76, 84-86	(NA).....55	Trasplantes..... 49-53
Gastos del donante.....35, 53	Enfermera titulada (RN)43, 50	Tratamiento terapéutico.....35
Vendajes 56-57	Terapia ocupacional 36-37	Atención urgente 27, 61-62
Equipo médico duradero 41-43	Lesión ocular38	Cuidado de la vista38, 98
Fecha efectiva de inscripción16	Visitas al consultorio 27, 64-65	Sillas de ruedas 41-43
Emergencia	Cirugía oral y maxilofacial49	Compensación de los
Emergencias fuera de nuestra área de servicio..... 61-62	Medicare original..... 89-94	trabajadores.....86, 96
Emergencias dentro de nuestra área de servicio.....74	Gastos por desembolso directo 12, 22-23, 95	Rayos X 28, 55, 88, 95, 98
Experimental o de investigación.81, 95	Oxígeno41, 43	
Anteojos 38-39	Prueba de Papanicolaou30	
Planificación familiar 33-34	Médico..... 27-54, 64-65	

Resumen de beneficios para la Opción elevada de GlobalHealth, Inc. - 2018

- **No dependa o confíe únicamente en esta tabla.** Todos los beneficios son proporcionados en su totalidad a menos que se indique lo contrario y están sujetos las definiciones, limitantes y exclusiones de este folleto. En esta página resumimos los gastos específicos que cubrimos; para mayor detalle vea el interior del folleto.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este Plan, asegúrese de poner el código de inscripción correcto, este código se encuentra en la portada de su formulario de inscripción.
- Nosotros únicamente cubrimos servicios proporcionados o gestionados por médicos del Plan, excepto en casos de emergencias.

Beneficios de la Opción elevada	Usted paga	Página
Servicios médicos proporcionados por doctores: Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio	Copago por visita al consultorio: Nada por atención básica; \$35 por especialista	27
Servicios proporcionados por un hospital: <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización - Ambulatorio 	Hospitalización: \$250 de copago por día con un máximo de \$750 de copago por admisión; Ambulatorio: \$250 de copago en un hospital o centro preferencial; \$750 de copago en un hospital o centro no preferencial	55
Beneficios de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> - Dentro del área - Fuera del área 	Nada por visita al médico de cuidados básicos; \$35 de copago por visita al especialista; \$25 de copago por visita de atención urgente; \$250 de copago por visita a la sala de emergencias	61
Salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias:	Visita al consultorio: nada; hospitalización: \$250 de copago por día con un máximo de \$750 de copago por admisión; hospital ambulatorio: \$250 de copago por admisión	64
Medicamentos bajo prescripción médica: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacia al menudeo y especializada – suministro para 30 días 	<u>Nivel uno</u> – medicamentos genéricos cubiertos –\$4/\$12 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos</u> – medicamentos de marca preferencial cubiertos - \$50 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres</u> – medicamentos no preferenciales cubiertos - \$80 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel cuatro</u> – medicamentos especializados preferenciales cubiertos - 10% de coaseguro con un máximo de \$150 en una farmacia de la red - los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100 <u>Nivel cinco</u> – medicamentos especializados no preferenciales cubiertos - 10% de coaseguro con un máximo de \$250 en una farmacia de la red - los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100	69
<ul style="list-style-type: none"> • Orden por correo y suministro ampliado -90 días de suministro 	<u>Nivel uno</u> – medicamentos genéricos cubiertos - \$8/24 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos</u> – medicamentos de marca preferencial cubiertos - \$125 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres</u> – medicamentos no preferenciales cubiertos - \$240 de copago en una farmacia de la red	70
Cuidado de la vista:	Una refracción ocular anual - \$40 de copago	38
Protección contra costos por catástrofes (máximo por desembolso directo):	Nada después de \$5,000/ inscripción Self Only (usted únicamente) o \$7,000/inscripción Self Plus One (usted más una persona) o \$7,000/ inscripción Self and Family (usted y su familia) por año. Algunos costos no cuentan para esta protección.	22

Resumen de beneficios para la Opción estándar de GlobalHealth, Inc. - 2018

- **No dependa o confíe únicamente en esta tabla.** Todos los beneficios son proporcionados en su totalidad a menos que se indique lo contrario y están sujetos las definiciones, limitantes y exclusiones de este folleto. En esta página resumimos los gastos específicos que cubrimos; para mayor detalle vea el interior del folleto.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este Plan, asegúrese de poner el código de inscripción correcto, este código se encuentra en la portada de su formulario de inscripción.
- Nosotros únicamente cubrimos servicios proporcionados o gestionados por médicos del Plan, excepto en casos de emergencias.
- A continuación, un asterisco (*) quiere decir que el artículo está sujeto a \$300 de deducible por año del calendario.

Beneficios de la Opción estándar	Usted paga	Página
Servicios médicos proporcionados por doctores: Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio	Copago por visita al consultorio: Nada por atención básica; \$45 por especialista	27
Servicios proporcionados por un hospital: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Ambulatorio 	*Hospitalización: \$500 de copago por día con un máximo de \$1,500 de copago por admisión; *Ambulatorio: \$500 de copago en una instalación preferencial; \$1,000 de copago en una instalación no preferencial	55
Beneficios de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro del área • Fuera del área 	Nada por visita al médico de cuidados básicos (PCP); \$45 de copago por visita al especialista; \$45 de copago por visita de atención urgente; *\$300 de copago por visita a la sala de emergencias	61
Salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias:	Visita al consultorio: Nada; *Hospitalización: \$500 de copago por día con un máximo de \$1,500 de copago por admisión; * Hospital ambulatorio: \$500 de copago por admisión	64
Medicamentos bajo prescripción médica: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacia al menudeo y especializada – suministro para 30 días 	<u>Nivel uno</u> – medicamentos genéricos cubiertos - \$6/\$15 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos</u> – medicamentos de marca preferencial cubiertos - \$70 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres</u> – medicamentos no preferenciales cubiertos - \$105 de copago en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) <u>Nivel cuatro</u> – medicamentos especializados preferenciales cubiertos - 10% de coaseguro con un máximo de \$200 en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100) <u>Nivel cinco</u> – medicamentos especializados no preferenciales cubiertos - 10% coaseguro con un máximo de \$300 en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia oral tienen un máximo de \$100)	69
<ul style="list-style-type: none"> • Orden por correo y suministro ampliado -90 días de suministro (No deducible) 	<u>Nivel uno</u> – medicamentos genéricos cubiertos - \$12/30 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos</u> – medicamentos de marca preferencial cubiertos - \$150 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres</u> – medicamentos no preferenciales cubiertos - \$270 de copago en una farmacia de la red	70
Cuidado de la vista:	Una refracción ocular anual - \$40 de copago	38
Protección contra costos por catástrofes (máximo por desembolso directo):	Nada después de \$6,500/inscripción Self Only (usted únicamente) o \$7,500/ inscripción Self Plus One (usted más una persona) o \$7,500/ inscripción Self and Family (usted y su familia) por año. Algunos costos no cuentan para esta protección.	22

Notas

Información de tarifas 2018 de GlobalHealth, Inc.

Para comparar sus opciones de plan de salud FEHB por favor vaya a: www.opm.gov/fehcompare

Las tarifas no postales son aplicables a la mayoría de los empleados no postales. Si usted se encuentra en una categoría de inscripción especial, póngase en contacto con la agencia que costea su afiliación a beneficios de salud.

Las tarifas postales son aplicables a los empleados del servicio postal de los Estados Unidos.

Las tarifas para la categoría postal 1 son aplicables a los empleados de la unidad negociadora de carrera quienes están representados por los siguientes convenios: APWU, IT/AS, NALC, NPMHU, NPPN, and NRLCA.

Las tarifas para la categoría postal 2 son aplicables a los empleados de la unidad negociadora de Carrera quienes están representados por el siguiente convenio: PPOA.

Las tarifas no postales son aplicables a todos los empleados del servicio postal de la unidad no negociadora de carrera.

Para mayor asistencia, los empleados del servicio postal deben llamar al: Centro de servicios compartidos de recursos humanos (Human Resources Shared Service Center) al: 877-477-3273, opción 5, TTY: 866-260-7507.

Las tarifas postales no son aplicables a empleados postales que no son de carrera, a retirados postales o a miembros asociados de ninguna organización de empleados postales que no sean empleados postales de carrera.

Las primas para empleados tribales se muestran en la columna mensual no postal. La cantidad mostrada bajo el rubro de contribución del empleado es el máximo que usted pagará. Su empleador tribal podría elegir contribuir en un porcentaje más elevado de su prima. Por favor póngase en contacto con su oficial de beneficios tribales (Tribal Benefits Officer) para conocer las tarifas exactas.

Tipo de inscripción	Código de inscripción	Prima no postal				Prima postal	
		Quincenal		Mensual		Quincenal	
		Participación del gobierno	Su participación	Participación del gobierno	Su participación	Categoría 1 Su participación	Categoría 2 Su participación

Todos los 77 condados en el Estado de Oklahoma

Opción elevada Self Only (usted únicamente)	IM1	\$196.58	\$65.53	\$425.93	\$141.98	\$59.63	\$54.39
Opción elevada Self Plus One (usted más una)	IM3	\$393.16	\$131.05	\$851.84	\$283.95	\$119.26	\$108.77
Opción elevada Self and Family (usted y su familia)	IM2	\$491.45	\$163.81	\$1,064.80	\$354.93	\$149.07	\$135.97
Opción estándar Self Only (usted únicamente)	IM4	\$181.83	\$60.61	\$393.97	\$131.32	\$55.16	\$50.31
Opción estándar Self Plus One (usted más una)	IM6	\$363.66	\$121.22	\$787.93	\$262.64	\$110.31	\$100.61
Opción estándar Self and Family (usted y su familia)	IM5	\$454.58	\$151.52	\$984.92	\$328.30	\$137.89	\$125.77