

GlobalHealth, Inc.

www.GlobalHealth.com/fehb
Servicio al cliente 877-280-2989



2019

Una organización para el mantenimiento de la salud (opciones alta y estándar)

La cobertura de salud de este plan califica como cobertura esencial mínima y cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona. Consulte la página 7 para conocer detalles. Este plan está acreditado. Consulte la página 13.

Atiende: *El estado de Oklahoma*

La inscripción en este plan es limitada. Usted debe vivir o trabajar en nuestra área geográfica de servicio para poder inscribirse. Consulte la página 13 para conocer los requisitos.

Código de inscripción para este plan:

IM1 opción alta: una sola persona

IM3 opción alta: una persona más un beneficiario adherente

IM2 opción alta: una persona y la familia

IM4 opción estándar: una sola persona

IM6 opción estándar: una persona más un beneficiario adherente

IM5 opción estándar: una persona y la familia

IMPORTANTE

- Tarifas: contracubierta
- Cambios para 2019: página 15
- Resumen de beneficios: página 104



Authorized for distribution by the:



United States
Office of Personnel Management

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

RI 73-834

Aviso importante de GlobalHealth, Inc.
Acerca de nuestra cobertura para medicamentos recetados y Medicare

La Oficina de Administración de Personal (OPM) ha determinado que se espera que la cobertura para medicamentos recetados de GlobalHealth, Inc., en promedio, pague tanto como pagará la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para todos los participantes del plan y se considera cobertura acreditable. Esto significa que usted no necesita inscribirse en la Parte D de Medicare y pagar más por la cobertura para medicamentos recetados. Si después decide inscribirse en la Parte D de Medicare, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía, siempre y cuando conserve su cobertura de FEHB (Beneficios Médicos para Empleados Federales).

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

Recuerde: si usted es un pensionado y cancela su cobertura de FEHB, es posible que no pueda volver a inscribirse en el Programa de FEHB.

Tenga en cuenta

Si pierde o deja su cobertura de FEHB y permanece 63 días o más sin cobertura para medicamentos recetados que por lo menos sea tan buena como la de Medicare, su prima mensual de la Parte D de Medicare subirá al menos un 1% mensual por cada mes que usted no tenga dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, su prima siempre será al menos un 19% mayor de lo que muchas otras personas pagan. Usted deberá pagar esta prima más alta mientras tenga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo periodo de elección coordinada anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirse en la Parte D de Medicare.

Beneficios de ingresos bajos de Medicare

Las personas con ingresos y recursos limitados cuentan con ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La información relacionada con este programa está disponible en línea a través de la Administración del Seguro Social (SSA) en www.socialsecurity.gov, o llamando a la SSA al 800-772-1213, TTY 800-325-0778.

Puede obtener más información acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y la cobertura ofrecida en su área de estos lugares:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 800-MEDICARE 800-633-4227, TTY 877-486-2048.

Índice

| | |
|---|----|
| Índice | 1 |
| Introducción | 3 |
| Lenguaje sencillo | 3 |
| ¡Detenga el fraude de atención médica! | 3 |
| La discriminación es ilegal | 5 |
| Prevención de errores médicos | 5 |
| Datos sobre FEHB | 8 |
| Información de cobertura | 8 |
| • No hay limitación por afección preexistente | 8 |
| • Cobertura esencial mínima (MEC) | 8 |
| • Estándar de valor mínimo | 8 |
| • Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el programa de FEHB | 8 |
| • Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia | 8 |
| • Cobertura para miembros de la familia | 9 |
| • Ley de Igualdad para Niños | 10 |
| • Cuándo inician los beneficios y las primas | 10 |
| • Cuando se jubila | 11 |
| • Cuando finaliza la cobertura de FEHB | 11 |
| • Al divorciarse | 11 |
| • Continuación temporal de cobertura (TCC) | 11 |
| • Conversión a cobertura individual | 11 |
| • Mercado de Seguros de Salud | 12 |
| Sección 1. Cómo funciona este plan | 13 |
| Características generales de nuestras opciones alta y estándar | 13 |
| Cómo pagamos a los proveedores | 13 |
| Servicios de atención preventiva | 13 |
| Deducible anual | 13 |
| Protección en situación catastrófica | 13 |
| Sus derechos y responsabilidades | 14 |
| Sus registros médicos y reclamos son confidenciales | 14 |
| Área de servicio | 14 |
| Sección 2. Cambios para 2019 | 15 |
| Cambios en las opciones alta y estándar | 15 |
| Cambios en la opción alta únicamente | 15 |
| Cambios en la opción estándar únicamente | 15 |
| Sección 3. Cómo recibe atención | 16 |
| Tarjetas de identificación | 16 |
| Dónde obtiene atención cubierta | 16 |
| • Proveedores del plan | 16 |
| • Centros del plan | 16 |
| Qué debe hacer para obtener atención cubierta | 16 |
| • Atención primaria | 16 |
| • Atención especializada | 17 |
| • Atención hospitalaria | 17 |
| • Si está hospitalizado cuando inicia su inscripción | 17 |
| Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios | 18 |
| • Admisión de pacientes en el hospital | 18 |
| • Otros servicios | 18 |
| Cómo solicitar certificación previa para una admisión o cómo obtener autorización previa para Otros servicios | 19 |
| • Reclamos de atención no urgente | 19 |
| • Reclamos de atención de urgencia | 19 |
| • Reclamos de atención concurrente | 21 |
| • Admisión de emergencia para pacientes hospitalizados | 21 |
| • Atención de maternidad | 21 |
| • Si su tratamiento debe prolongarse | 21 |

| | |
|---|-----|
| Qué sucede cuando no sigue las reglas de certificación previa cuando usa centros fuera de la red..... | 21 |
| Circunstancias más allá de nuestro control | 21 |
| Si no está de acuerdo con nuestra decisión por reclamo previo al servicio | 21 |
| • Para reconsiderar un reclamo de atención no urgente | 21 |
| • Para reconsiderar un reclamo de atención de urgencia | 22 |
| • Para presentar una apelación ante la OPM | 22 |
| Sección 4. Su costo para servicios cubiertos..... | 23 |
| Costo compartido..... | 23 |
| Copagos | 23 |
| Deducible..... | 23 |
| Coseguro..... | 23 |
| Diferencias entre la asignación de nuestro plan y la factura | 23 |
| Su protección en situación catastrófica: máximo de gastos de bolsillo | 24 |
| Traslado | 24 |
| Cuando los centros del gobierno nos envían facturas | 24 |
| Sección 5. Beneficios de las opciones alta y estándar..... | 26 |
| Sección 6. Exclusiones generales: servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos..... | 88 |
| Sección 7. Presentar un reclamo por servicios cubiertos | 89 |
| Sección 8. El proceso de reclamos en disputa..... | 91 |
| Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otra cobertura | 94 |
| Sección 10. Definiciones de términos que utilizamos en este cuadernillo | 104 |
| Sección 11. Otros programas federales | 106 |
| Índice | 109 |
| Resumen de beneficios para la opción alta de GlobalHealth, Inc. - 2019..... | 110 |
| Resumen de beneficios para la opción estándar de GlobalHealth, Inc. - 2019 | 111 |
| Información sobre las tarifas de 2019 de GlobalHealth, Inc. | 116 |

Introducción

En este cuadernillo, se describen los beneficios de GlobalHealth, Inc. conforme a nuestro contrato (CS 2893) con la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos, de acuerdo con lo autorizado por la Federal Employees Health Benefits law (Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales). Se puede comunicar con Servicio al cliente llamando al 877-280-2989 o a través de nuestro sitio web: 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 cuadernillo es la declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar o de otra manera afectar los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de este cuadernillo. Es su responsabilidad tener la información sobre sus beneficios de salud.

Si está inscrito en este plan, tiene el derecho a los beneficios descritos en este cuadernillo. Si está inscrito en la cobertura de una persona más un beneficiario adherente o de una persona y la familia, cada miembro de la familia elegible también tiene derecho a estos beneficios. No tiene derecho a los beneficios que estaban disponibles antes del 1 de enero de 2019, a menos que dichos beneficios también se muestren en este cuadernillo.

La OPM negocia beneficios y tarifas con cada plan de forma anual. Los cambios en los beneficios entran en vigor el 1 de enero de 2019 y están resumidos en la página 14. Las tarifas se muestran al final de este cuadernillo.

La cobertura conforme a este plan califica como MEC (cobertura esencial mínima) y satisface el requisito individual de responsabilidad compartida de la Patient Protection and Affordable Care Act, ACA (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para obtener más información sobre el requisito individual para MEC.

La ley ACA establece un valor mínimo para el estándar de beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). La cobertura de salud de este plan cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que el plan proporciona.

Lenguaje sencillo

Todos los cuadernillos de los FEHB están escritos en lenguaje sencillo para que sean fáciles de comprender. A continuación, se presentan algunos ejemplos.

- Excepto los términos técnicos necesarios, utilizamos palabras comunes. Por ejemplo, “usted” significa el afiliado o el miembro de la familia; “nosotros” significa GlobalHealth, Inc.
- Nos limitamos a los acrónimos que usted conoce. El FEHB es el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. La OPM es la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos. Si utilizamos otros, le diremos lo que significan.
- Nuestro cuadernillo y otros cuadernillos de los planes de FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarle a comparar planes.

¡Detenga el fraude de atención médica!

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

La Oficina del Inspector general de la OPM investiga todos los alegatos de fraude, desperdicios y abuso en el programa de FEHB sin importar la agencia en donde usted esté empleado o de dónde se jubiló.

Protéjase del fraude. A continuación, se presentan algunas medidas que puede tomar para evitar el fraude:

- No proporcione su número de identificación (ID) del plan por teléfono o a personas que no conoce, excepto a sus proveedores de atención médica, el plan de beneficios de salud autorizado o a un representante de la OPM.
- Permita que únicamente los profesionales médicos idóneos revisen su expediente médico o servicios recomendados.
- Evite utilizar proveedores de atención médica que dicen que un artículo o servicio generalmente no está cubierto, pero saben cómo enviarnos la factura para que lo paguemos.
- Revise cuidadosamente las explicaciones de beneficios (EOB) que reciba de parte nuestra.
- Revise periódicamente su historial de reclamos por razones de veracidad para asegurarse de que no se nos haya facturado por servicios que usted no recibió.
- No pida a su médico que ingrese datos falsos en certificados, facturas o registros para que paguemos por un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha cobrado por servicios que usted no recibió, le ha facturado dos veces el mismo servicio o ha malinterpretado alguna información, haga lo siguiente:
 - Llame al proveedor y pídale una explicación. Puede tratarse de un error.
 - Si el proveedor no resuelve el asunto, llámenos al 877-280-2989 y explique la situación.
 - Si no resolvemos el problema:

LLAME A LA LÍNEA DIRECTA DE FRAUDES DE ATENCIÓN MÉDICA AL 877-499-7295

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

El formulario de denuncias en línea es el método preferido para denunciar fraude y así garantizar precisión y un tiempo de respuesta más rápido.

También puede escribir a:

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

- No mantenga como miembro de la familia en su póliza a:
 - Su excónyuge después de que se haya dictado una sentencia de divorcio o anulación (incluso aunque una orden del tribunal estipule lo contrario)
 - Su hijo de 26 años de edad o mayor (a menos que sea discapacitado y no sea capaz de mantenerse por su cuenta antes de los 26 años de edad)
- Si tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad de un dependiente, consulte con su oficina de personal si está empleado, con su oficina de jubilación (como una OPM) si está jubilado o con el Centro Nacional de Finanzas, si está inscrito conforme a la continuación temporal de cobertura (TCC).
- El fraude o la declaración falsa de un hecho material están prohibidos en virtud del plan. Usted puede ser procesado por fraude y su agencia podría tomar medidas en su contra. Los ejemplos de fraude incluyen falsificación de un reclamo para obtener FEHB, tratar de obtener u obtener servicios o cobertura para usted o para alguien más que no sea elegible para recibirlos, o bien, inscribirse en el plan cuando usted ya no es elegible.
- Si su inscripción continúa después de que ya no es elegible para la cobertura (es decir, ya no forma parte del servicio federal) y no se pagan las primas, usted será responsable de todos los beneficios pagados durante el periodo en el cual no se pagaron las primas. Es posible que su proveedor le facture los servicios recibidos. Es posible que sea procesado por fraude por utilizar intencionalmente los beneficios del seguro de salud para el cual no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de la familia ya no son elegibles para utilizar la cobertura del seguro de salud.

La discriminación es ilegal

GlobalHealth cumple con todas las leyes federales vigentes sobre derechos civiles, que comprenden el título VII de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964 y la sección 1557 de la ley ACA. En conformidad con la sección 1557, GlobalHealth no discrimina ni excluye a las personas, ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Si una compañía de seguro es una entidad cubierta, sus miembros pueden presentar un reclamo en relación con la sección 1557 ante la Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), la OPM o las compañías de seguro del programa de FEHB. A los efectos de presentar un reclamo ante la OPM, las compañías de seguro cubiertas deben usar los siguientes datos:

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Administración de Personal por correo a la siguiente dirección:

Office of Personnel Management Healthcare and Insurance
Federal Employee Insurance Operations
Attention: Assistant Director, FEIO
1900 E Street NW, Suite 3400-S
Washington, D.C. 20415-3610

Prevención de errores médicos

Los errores médicos siguen siendo una causa importante de muertes prevenibles dentro de los Estados Unidos. Aunque la muerte es el resultado más trágico, los errores médicos provocan otros problemas como discapacidades permanentes, hospitalizaciones más prolongadas, recuperaciones más extensas e incluso tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también contribuyen de forma considerable al costo total de la atención médica. Los organismos de acreditación consideran responsables a los hospitales y los proveedores de atención médica de la calidad de la atención y de la reducción de los errores médicos. Usted también puede mejorar la calidad y seguridad de su propia atención médica y la de los miembros de su familia conociendo más y comprendiendo sus riesgos. Tome estas sencillas medidas:

1. Haga preguntas si tiene dudas o inquietudes.

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

2. Haga una lista de todos los medicamentos que toma y llévela a la cita.

- Lleve los medicamentos o entréguelos a su médico y a su farmacéutico una lista de todos los medicamentos y las dosis que toma; incluya los suplementos nutricionales y los medicamentos sin receta médica (de venta libre).
- Infórmeles a su médico y a su farmacéutico acerca de cualquier alergia que pueda tener a medicamentos, alimentos u otras, como al látex.
- Pregunte sobre cualquier riesgo o efecto secundario del medicamento y qué debe evitar mientras lo tome. Asegúrese de anotar lo que su médico o farmacéutico indiquen.
- Asegúrese de que su medicamento sea el que le solicitó el médico. Pregúntele al farmacéutico acerca del medicamento si se ve diferente de lo que usted esperaba.
- Lea la etiqueta y el prospecto para el paciente cuando reciba sus medicamentos, lo que incluye todas las advertencias e instrucciones.
- Sepa cómo tomar sus medicamentos. Especialmente, anote los horarios y las condiciones en las cuales debe y no debe tomar sus medicamentos.
- Comuníquese con su médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta.
- Conozca tanto el nombre genérico como la marca de sus medicamentos. Estoy le garantiza que no recibirá una dosis doble por tomar uno genérico y uno de marca. También ayuda a evitar tomar un medicamento al que tenga alergia.

3. Obtenga los resultados de cualquier prueba o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo recibirá los resultados de las pruebas o los procedimientos. ¿Será en persona, por teléfono, por correo, a través del portal del proveedor o del plan?
- No asuma que los resultados están bien si no los recibe cuando se esperaba. Comuníquese con su proveedor de atención médica y pídale los resultados.
- Pregunte qué significan los resultados para su atención.

4. Hable con su médico acerca de qué clínica u hospital es el mejor para sus necesidades de salud.

- Si existe más de un hospital o clínica entre los que puede elegir para obtener la atención médica que necesita, pregúntele a su médico cuál es el que ofrece la mejor atención y los mejores resultados para su afección.
- Asegúrese de comprender las instrucciones que recibe acerca de la atención de seguimiento cuando deje el hospital o la clínica.

5. Asegúrese de entender lo que sucederá si necesita una cirugía.

- Asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén de acuerdo en lo que se hará exactamente durante la operación.
- Pregúntele a su médico, “¿Quién controlará mi atención cuando me encuentre en el hospital?”.
- Pregúntele a su cirujano:
 - “Exactamente, ¿qué va a hacer?”.
 - “¿Cuánto tiempo tomará aproximadamente?”.
 - “¿Qué sucederá después de la cirugía?”.
 - “Según lo previsto, ¿cómo me sentiré durante la recuperación?”.
- Indíqueles al cirujano, al anestesiólogo y a las enfermeras acerca de cualquier alergia, reacciones adversas a la anestesia y sobre cualquier medicación o suplemento nutricional que esté tomando.

Enlaces sobre la seguridad del paciente

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

- www.jointcommission.org/speakup.aspx. El programa de seguridad del paciente Speak Up™ de The Joint Commission.
- www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. The Joint Commission ayuda a las organizaciones de atención médica a mejorar la calidad y la seguridad de la atención que brindan.
- www.ahrq.gov/patients-consumers/. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud pone a disposición una amplia lista de temas, no solo para informar a los consumidores acerca de la seguridad de los pacientes, sino para ayudar a elegir proveedores de atención médica de calidad y mejorar la calidad de atención que recibe.
- www.npsf.org. La National Patient Safety Foundation (Fundación Nacional para la Seguridad de los Pacientes) cuenta con información acerca de cómo garantizar una atención médica más segura para usted y su familia.
- www.bemedwise.org. El National Council on Patient Information and Education (Consejo Nacional sobre Información y Educación para el Paciente) se dedica a mejorar la comunicación sobre el uso seguro y adecuado de medicamentos.
- www.leapfroggroup.org. Leapfrog Group se ocupa de promover las prácticas seguras en la atención en el hospital.
- www.ahqa.org. La American Health Quality Association (Asociación de Calidad de Salud Estadounidense) representa a las organizaciones y a los profesionales de atención médica que trabajan para mejorar la seguridad de los pacientes.

Afecciones prevenibles adquiridas por la atención médica (“eventos adversos evitables”)

Cuando ingresa al hospital para recibir tratamiento por un problema médico, usted no espera salir con lesiones o infecciones adicionales, ni con otras afecciones graves que se produzcan durante su estancia. Aunque es posible que algunas de estas complicaciones no se puedan evitar, los pacientes sufren lesiones o enfermedades que podrían haberse evitado si los médicos o el hospital hubieran tomado las precauciones correspondientes. Los errores en la atención médica que se pueden identificar con claridad y evitar, y que tienen consecuencias graves para los pacientes, pueden ser un indicio de un problema importante en la seguridad y la credibilidad de un centro de atención médica. A estas afecciones y errores a menudo se los denominan “eventos adversos evitables” o “eventos graves notificables”.

Contamos con una política de pago de beneficios que alienta a los hospitales a reducir la probabilidad de afecciones adquiridas en el hospital, como determinadas infecciones, úlceras de decúbito graves y fracturas, y que también los alienta a reducir errores médicos que nunca deberían suceder. Cuando ocurre un evento de este tipo, ni usted ni su plan de FEHB incurrirán en costos para corregir el error médico.

Si usted utiliza los proveedores preferidos de GlobalHealth, no se le facturará por los servicios para pacientes hospitalizados relacionados con el tratamiento de afecciones específicas adquiridas en el hospital ni por los servicios para pacientes hospitalizados necesarios para corregir estos eventos. Esta política lo ayuda a protegerse de errores médicos evitables y a mejorar la calidad de atención que recibe.

Datos sobre FEHB

Información de cobertura

- **No hay limitación por afección preexistente** No nos negaremos a cubrir el tratamiento de una afección que usted tenía antes de inscribirse en este plan únicamente porque usted la tenía antes de inscribirse.
- **Cobertura esencial mínima (MEC)** La cobertura conforme a este plan califica como MEC (cobertura esencial mínima) y satisface el requisito individual de responsabilidad compartida de la ley ACA. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en [www.irs.gov/uac/ Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision](http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision) para obtener más información sobre el requisito individual para MEC.
- **Estándar de valor mínimo** Nuestra cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo del 60% establecido por la ley ACA. Esto significa que proporcionamos beneficios para cubrir, por lo menos, el 60% del total de los costos permitidos de los beneficios de salud esencial. El estándar del 60% es un valor actuarial; sus gastos de bolsillo específicos se determinan como se explica en este cuadernillo.
- **Dónde puede obtener información sobre cómo inscribirse en el programa de FEHB** Consulte www.opm.gov/healthcare-insurance para obtener información sobre la inscripción, así como:
 - Información sobre el programa y los planes de FEHB disponibles para usted
 - Una herramienta para comparar de planes de salud
 - Una lista con las agencias que participan en Employee Express
 - Un vínculo a Employee Express
 - Información sobre otros sistemas de inscripción electrónica y enlaces a ellos

Asimismo, su oficina de contratación o jubilación puede responder sus preguntas y proporcionarle cuadernillos de otros planes, así como otros materiales que necesite para tomar una decisión informada acerca de su cobertura de FEHB. Estos materiales le indican:

 - Cuándo puede cambiar su inscripción
 - Cómo puede cubrir a los miembros de su familia
 - Qué sucede cuando se transfiere a otra agencia federal, cuando tiene permiso de ausencia sin pago, cuando ingresa al servicio militar o cuando se jubila
 - Qué sucede cuando finaliza su inscripción
 - Cuándo empieza la siguiente temporada abierta de inscripción

Nosotros no determinamos quién es elegible para recibir cobertura y, en la mayoría de casos, no podemos cambiar su estado de inscripción sin información de su oficina de contratación o jubilación. Para obtener información sobre las deducciones de su prima, debe comunicarse con su oficina de contratación o jubilación.
- **Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia** La cobertura para una sola persona es únicamente para usted. La cobertura para una persona más un beneficiario adherente es una inscripción que lo cubre a usted y a un miembro de la familia elegible. La cobertura para una persona y la familia es para usted y un miembro de la familia elegible, o su cónyuge, y sus hijos dependientes menores de 26 años de edad, incluidos los hijos de cuidados temporales autorizados para recibir cobertura por parte de su agencia de empleo u oficina de jubilación. En ciertas circunstancias, también puede continuar la cobertura para un hijo discapacitado de 26 años de edad o mayor que sea incapaz de mantenerse por su cuenta. Si tiene una inscripción para una sola persona, puede cambiar a una inscripción para una persona más un beneficiario adherente o para una persona y la familia si se casa, tiene un hijo o agrega un hijo a su familia. Puede cambiar su inscripción 31 días antes y hasta 60 días después de dicho evento.

La inscripción para una persona más un beneficiario adherente o para una persona y la familia inicia el primer día del periodo de pago en el cual nace el niño o se convierte en un miembro de la familia elegible. Cuando contrae matrimonio y cambia a la opción de una persona más un beneficiario adherente o de una persona y la familia, el cambio entra en vigencia el primer día del periodo de pago que comienza después de que su oficina de contratación recibe su formulario de inscripción. Los beneficios no estarán disponibles para su cónyuge hasta que se case.

Su oficina de contratación o jubilación no le notificará cuando un miembro de la familia ya no sea elegible para recibir beneficios ni tampoco lo haremos nosotros. Indíquenos inmediatamente acerca de cambios de los miembros de la familia, lo que incluye su matrimonio, divorcio, anulación, o cuando su hijo llegue a los 26 años de edad.

Si usted o uno de los miembros de su familia están inscritos en un plan de FEHB, usted o ellos no pueden estar inscritos ni cubiertos como miembros de la familia por otro plan de FEHB.

Si tiene un QLE (evento de vida que califique), como un matrimonio, un divorcio o el nacimiento de un hijo, fuera de la temporada abierta de beneficios federales, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de FEHB, cambiar su inscripción o cancelar la cobertura. Para obtener una lista completa de QLE, visite el sitio web de FEHB en <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events>. Si necesita asistencia, comuníquese con su agencia de empleos, el oficial de beneficios tribales, la oficina de personal/nómina o la oficina de jubilación.

• **Cobertura para miembros de la familia**

Los miembros de la familia cubiertos conforme a la inscripción para una persona y la familia son su cónyuge (incluido el matrimonio de hecho o unión libre) y sus hijos, según se describe en la siguiente tabla. La inscripción para una persona más un beneficiario adherente los cubre a usted y a su cónyuge, o a un miembro de la familia elegible, según se describe en la siguiente tabla.

| Hijos | Cobertura |
|--|---|
| Hijos biológicos, hijos adoptivos e hijastros | Los hijos biológicos, adoptivos e hijastros están cubiertos hasta que cumplan los 26 años de edad. |
| Hijos en cuidado temporal | Los hijos en cuidado temporal son elegibles para cobertura hasta que cumplan los 26 años de edad si proporciona documentación de su manutención regular y sustancial y firma una certificación que indique que su hijo en cuidado temporal cumple con todos los requisitos. Comuníquese con su oficina de Recursos Humanos o su sistema de jubilación para obtener información adicional. |
| Hijos incapaces de mantenerse por su cuenta | Los hijos que no son capaces de mantenerse por su cuenta debido a una discapacidad mental o física que empezó antes de los 26 años de edad son elegibles para continuar con la cobertura. Comuníquese con su oficina de Recursos Humanos o su sistema de jubilación para obtener información adicional. |
| Hijos casados | Los hijos casados (pero NO su cónyuge o sus propios hijos) están cubiertos hasta que cumplan los 26 años de edad. |
| Hijos con seguro de salud proporcionado por el empleador o elegibles para este | Los hijos que son elegibles para tener o tienen su propio seguro de salud proporcionado por su empleador están cubiertos hasta que cumplan los 26 años de edad. |

Los hijos recién nacidos de los hijos cubiertos tienen cobertura únicamente para atención de rutina en la sala de recién nacidos durante la parte cubierta de la estancia por maternidad de la madre.

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

- **Ley de Igualdad para Niños**

La OPM ha implementado la Federal Employees Health Benefits Children's Equity Act (Ley de Igualdad para Niños de Beneficios Médicos para Empleados Federales) de 2000. Si usted es un empleado sujeto a una orden del tribunal o administrativa que le exige proporcionar beneficios médicos a sus hijos, esta ley exige que usted esté inscrito en la cobertura para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia en el programa de FEHB.

Si esta ley se aplica en su caso, debe inscribirse en la cobertura para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia en un plan de salud que proporcione beneficios completos en el área donde viven sus hijos, o proporcionar documentación a su oficina de contratación en la cual se indique que ha obtenido otra cobertura de beneficios médicos para sus hijos. Si no lo hace así, su oficina de contratación le inscribirá involuntariamente de la siguiente manera:

- Si no tiene cobertura de FEHB, la oficina de contratación lo inscribirá en la cobertura para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia, según corresponda, con la opción de plan nacional menos costosa según lo determine la OPM.
- Si tiene una inscripción para una sola persona en un plan de honorarios por servicios o en una HMO que presta servicio en el área donde viven sus hijos, su oficina de contratación cambiará su inscripción a la opción de una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia, según corresponda, en la misma opción del mismo plan.
- Si está inscrito en una HMO que no atiende en el área donde viven sus hijos, su oficina de contratación cambiará su inscripción a la opción de una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia, según corresponda, con la opción de plan nacional menos costosa según lo determine la OPM.

Siempre y cuando la orden del tribunal o administrativa esté vigente y usted tenga por lo menos un hijo identificado en la orden que aún sea elegible conforme al programa de FEHB, no puede cancelar su inscripción, cambiarse a la opción para una sola persona o cambiarse a un plan que no atienda en el área donde viven sus hijos, a menos que proporcione documentación que indique que tiene otra cobertura para sus hijos.

Si la orden del tribunal o administrativa aún está vigente cuando se jubile y tiene por lo menos un hijo aún elegible para cobertura de FEHB, debe continuar con dicha cobertura hasta la jubilación (de ser elegible) y no puede cancelarla, cambiarla a la opción para una sola persona ni cambiarse a un plan que no atienda en el área donde viven sus hijos, siempre y cuando la orden del tribunal o administrativa esté vigente. De forma similar, no puede cambiar a la opción para una persona más un beneficiario adherente si la orden del tribunal o administrativa identifica a más de un hijo. Comuníquese con su oficina de contratación para obtener información adicional.

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

Los beneficios que se describen en este cuadernillo entran en vigor el 1.º de enero. Si se unió a este plan durante la temporada abierta, su cobertura comienza el primer día de su primer periodo de pago que inicia el 1.º de enero o después de esta fecha. **Si cambió de plan o de opción de plan durante la temporada abierta y recibe atención entre el 1 de enero y la fecha de entrada en vigor de la cobertura con su nuevo plan u opción, sus reclamos se pagarán de acuerdo con los beneficios para 2019 de su plan u opción anteriores.** Sin embargo, si su plan anterior dejó el programa de FEHB al final del año, usted está cubierto bajo los beneficios 2018 del plan hasta la fecha de entrada en vigor de su cobertura con su nuevo plan. La cobertura y las primas de pensionados inician el 1.º de enero. Si se unió en cualquier otro momento durante el año, su oficina de contratación le indicará la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Si su inscripción continúa después de que ya no es elegible para la cobertura (es decir, ya no forma parte del servicio federal) y no se pagan las primas, usted será responsable de todos los beneficios pagados durante el periodo en el cual no se pagaron las primas. Es posible que se le facturen los servicios recibidos de su proveedor. Es posible que sea procesado por fraude por utilizar intencionalmente los beneficios del seguro de salud para el cual no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de la familia ya no son elegibles para utilizar su cobertura de seguro de salud.

- **Cuando se jubila** Cuando se jubile, generalmente puede permanecer en el programa de FEHB. Por lo general, debe haber estado inscrito en el programa de FEHB durante los últimos cinco años de su servicio federal. Si no cumple este requisito, es posible que sea elegible para otras formas de cobertura, como la TCC (continuación temporal de cobertura)

Cuando pierde los beneficios

- **Cuando finaliza la cobertura de FEHB** Usted recibirá una cobertura adicional de 31 días, sin una prima adicional, cuando:
 - Finalice su inscripción, a menos que cancele su inscripción.
 - Usted sea un miembro de la familia que ya no es elegible para cobertura.

Cualquier persona cubierta conforme a la extensión de cobertura de 31 días que se encuentre confinada en un hospital o en otra institución para atención o tratamiento en el día 31 de la extensión temporal tiene derecho a la continuación de beneficios del plan durante la prolongación del confinamiento hasta un máximo de 60 días después del final de la extensión temporal de 31 días.

Es posible que sea elegible para recibir cobertura de equidad para el cónyuge o asistencia para inscribirse en una póliza de conversión (una póliza individual que no pertenece al programa de FEHB).

- **Al divorciarse** Si está divorciado(a) de un(a) empleado(a) federal o de un(a) pensionado(a), no puede continuar recibiendo beneficios conforme a la inscripción de su anterior cónyuge. Esto es así incluso cuando el tribunal ha ordenado a su cónyuge anterior que le proporcione cobertura médica. Sin embargo, puede ser elegible para su propia cobertura de FEHB ya sea según la ley de equidad para el cónyuge o TCC (continuación temporal de cobertura). Si se acaba de divorciar o está planeando hacerlo, comuníquese con la oficina de contratación o jubilación de su excónyuge para obtener información adicional acerca de sus opciones de cobertura. También puede visitar el sitio web de la OPM en www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/.
- **Continuación temporal de cobertura (TCC)** Si deja el servicio federal, el empleo tribal o pierde cobertura porque ya no califica como un miembro de la familia, puede ser elegible para la TCC (continuación temporal de cobertura). La ley ACA no eliminó ni cambió las reglas de la TCC. Por ejemplo, puede recibir TCC si no puede continuar con su inscripción de FEHB después de jubilarse, si pierde su empleo federal o tribal, si es un hijo dependiente cubierto y cumple 26 años, etc.

Es posible que no pueda elegir TCC si fue despedido de su trabajo federal o tribal por falta grave.

Inscripción en TCC: Obtenga el RI 79-27, que describe la TCC, de su oficina de empleo o retiro o de www.opm.gov/healthcare-insurance. Ahí se explica qué debe hacer para inscribirse.

Sino, puede comprar cobertura por medio del Mercado de Seguros de Salud, en donde, dependiendo de sus ingresos, podría ser elegible para una nueva clase de crédito fiscal que disminuya sus primas mensuales. Visite www.HealthCare.gov para comparar planes y ver qué prima, deducible y gastos de bolsillo tendría antes de tomar la decisión de inscribirse. Finalmente, si califica para recibir cobertura conforme a otro plan de salud colectivo (como el plan de su cónyuge), puede inscribirse en dicho plan, siempre y cuando lo haga en los siguientes 30 días después de haber perdido la cobertura del programa de FEHB.

- **Conversión a cobertura individual** Puede convertirse a una póliza individual que no pertenece al programa de FEHB en los siguientes casos:
 - Su cobertura en virtud de TCC o de la ley de equidad para el cónyuge finaliza (si canceló la cobertura o no pagó la prima, no se puede convertir).
 - Usted decidió no recibir cobertura en virtud de la TCC o de la ley de equidad para el cónyuge.
 - No es elegible para recibir cobertura en virtud de la TCC o de la ley de equidad para el cónyuge.

Si abandona el servicio federal o tribal, su oficina de contratación le notificará de su derecho a convertirse. Debe comunicarse con nosotros por escrito en un plazo de 31 días después de recibir este aviso. Sin embargo, si es un miembro de la familia que perderá la cobertura, la oficina de contratación o jubilación no lo notificará. Debe comunicarse con nosotros por escrito en un plazo de 31 días desde que deja de ser elegible para la cobertura.

Sus beneficios y tarifas variarán con respecto a aquellos establecidos según el programa de FEHB; sin embargo, no deberá responder preguntas sobre su salud, no se impondrá un periodo de espera y su cobertura no se verá limitada a causa de afecciones preexistentes. Cuando se comunique con nosotros, lo ayudaremos para obtener información sobre la cobertura de beneficios médicos dentro o fuera del Mercado de Seguros de Salud de la ley ACA de su estado. Para obtener ayuda a fin de encontrar cobertura, comuníquese con nosotros al 877-280-2989 o visite nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com/fehb.

- **Mercado de Seguros de Salud**

Si desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud de la ley ACA, visite www.HealthCare.gov. Este es un sitio web proporcionado por el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) que proporciona información actualizada sobre el Mercado.

Sección 1. Cómo funciona este plan

Este plan es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO). La OPM requiere que los planes de FEHB estén acreditados para confirmar que la administración de la atención o las operaciones del plan cumplen con los estándares reconocidos a nivel nacional. GlobalHealth cuenta con las siguientes acreditaciones: Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad. Para obtener más información sobre la acreditación de este plan, visite el siguiente sitio web: www.ncqa.org. Usted debe ver médicos, hospitales y otros proveedores específicos que tengan contrato con nosotros. Estos proveedores del plan coordinan los servicios de atención médica. Somos exclusivamente responsables de la selección de estos proveedores en su área.

Comuníquese con nosotros para obtener una copia del directorio de proveedores más reciente. Le damos la opción de inscribirse en una opción alta o una opción estándar. Usted será responsable del costo de su atención médica si obtiene los servicios de un proveedor fuera de la red (excepto en caso de una emergencia médica).

Las HMO enfatizan la atención preventiva, como visitas de rutina al consultorio, exámenes físicos, atención del bebé sano e inmunizaciones, además de tratamientos para enfermedades y lesiones. Nuestros proveedores siguen la práctica médica generalmente aceptada cuando recetan cualquier plan de tratamiento.

Cuando recibe servicios de los proveedores del plan, no deberá enviar formularios de reclamo ni pagar facturas. Usted paga solamente los copagos, el coseguro y los deducibles que se describen en este cuadernillo. Cuando recibe servicios de emergencia de proveedores fuera del plan, es posible que deba presentar formularios de reclamo.

Debe unirse a una HMO porque usted prefiere los beneficios del plan, no porque esté disponible un proveedor en particular. No puede cambiar de planes porque un proveedor abandone nuestro plan. No podemos garantizar que cualquier médico, hospital u otro proveedor estarán disponibles o permanecerán bajo un contrato con nosotros.

Características generales de nuestras opciones alta y estándar

El plan de opción alta de GlobalHealth no tiene deducibles, y tanto la opción alta como la opción estándar tienen un sistema de copagos con pocos beneficios que tienen coseguro. Esto significa que usted sabe exactamente cuánto pagará porque sabe exactamente cuáles son los copagos. Debido a que no tiene deducible en la opción alta, comenzará a pagar copagos solamente desde el primer punto de servicio. Usted paga un porcentaje de nuestra cantidad permitida por los beneficios que tienen coseguro (equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, prótesis que no se implantan quirúrgicamente, audífonos y medicamentos de especialidad).

Cómo pagamos a los proveedores

Contratamos médicos individuales, grupos médicos y hospitales para proporcionar los beneficios que se detallan en este cuadernillo. Estos proveedores del plan aceptan un pago negociado de nuestra parte, y usted será responsable únicamente de sus costos compartidos (copagos, coseguro, deducibles, y suministros y servicios no cubiertos).

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención preventiva generalmente están cubiertos sin costo compartido y no están sujetos a copagos, deducibles ni límites anuales cuando se reciben de un proveedor de la red.

Deducible anual

Se debe alcanzar el deducible anual antes de que se paguen los beneficios del plan para la atención (que no sean servicios de atención preventiva, médico de atención primaria, especialista, análisis de laboratorio o radiografías, visitas al consultorio de atención de salud conductual y medicamentos recetados) en nuestra opción estándar.

Protección en situación catastrófica

Le protegemos contra gastos de bolsillo en situación catastrófica para servicios cubiertos. El IRS limita los gastos de bolsillo anuales para servicios cubiertos, incluidos todos los deducibles, copagos y coseguro, a no más de \$6,750 para inscripción para una sola persona, o a \$13,500 para la inscripción para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia. Los límites de su plan específico pueden variar.

Sus derechos y responsabilidades

La OPM requiere que todos los planes de FEHB proporcionen determinada información a sus miembros de FEHB. Puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. En el sitio web de FEHB de la OPM, www.opm.gov/healthcare-insurance, se detallan los tipos específicos de información que debemos poner a su disposición. Parte de la información necesaria se detalla a continuación.

- **GlobalHealth es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que funciona desde 2003.**
- **GlobalHealth es una organización con fines de lucro.**

Usted también tiene derecho a una amplia gama de protecciones para el consumidor y tiene responsabilidades específicas como miembro de este plan. Puede ver la lista completa de estos derechos y responsabilidades en el sitio web de GlobalHealth en www.GlobalHealth.com/fehb. También puede comunicarse con nosotros para solicitarnos que le enviemos una copia por correo. Los avisos sobre los derechos y responsabilidades de los miembros y la declaración de los derechos de los pacientes se encuentran en nuestro sitio web.

Si desea obtener más información sobre nosotros, llame al 877-280-2989 o escriba a P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393. También puede visitar nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com/fehb.

Por ley, usted tiene derecho a acceder a su PHI (información personal de salud). Para obtener más información sobre cómo acceder a la PHI, visite el sitio web de GlobalHealth en www.GlobalHealth.com/fehb, donde podrá ver nuestro aviso de prácticas de privacidad. También puede comunicarse con nosotros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de dicho aviso.

Sus registros médicos y reclamos son confidenciales

Mantendremos la confidencialidad de sus registros médicos y reclamos. Tome en cuenta que podemos divulgar su información médica y sobre reclamos (incluida su utilización de medicamentos recetados) a cualquiera de sus médicos tratantes o farmacias que surten sus medicamentos.

Área de servicio

Para inscribirse en este plan, debe vivir o trabajar en nuestra área de servicio. Aquí es donde nuestros proveedores prestan sus servicios. Nuestra área de servicio abarca 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.**

Normalmente, debe obtener su atención de proveedores que tengan contrato con nosotros. Si recibe atención fuera de nuestra área de servicio, pagaremos únicamente los beneficios de atención de urgencia o de emergencia. No pagaremos ningún otro servicio de atención médica fuera de nuestra área de servicio, a menos que los servicios tengan aprobación previa del plan.

Si usted o un miembro de la familia cubierto se muda fuera de nuestra área de servicio, puede inscribirse en otro plan. Si sus dependientes viven fuera del área (por ejemplo, su hijo va a la universidad en otro estado), debe considerar inscribirse en un plan de honorarios por servicios o en una HMO que tenga acuerdos con afiliados en otras áreas. Si usted o un miembro de su familia se mudan, no deben esperar hasta la temporada abierta para cambiar de plan. Comuníquese con su oficina de contratación o jubilación.

Sección 2. Cambios para 2019

No se base en estas descripciones de cambios; esta sección no es una declaración de beneficios oficial. Para tal propósito, diríjase a la sección 5 donde se describen los beneficios. Asimismo, hemos editado y simplificado el lenguaje en todo el cuadernillo; cualquier cambio en el vocabulario que no se muestre aquí es una aclaración que no cambia los beneficios.

Cambios en las opciones alta y estándar

- Agregaremos la cobertura de pruebas de expresión genética para el tratamiento de tumores malignos, como el cáncer de seno o de próstata. Consulte la página 37.
- Eliminaremos el límite de 25 horas por semana en la cobertura del análisis conductual aplicado. Consulte la página 37.
- Eliminaremos el costo compartido del análisis conductual aplicado que se lleve a cabo en el consultorio. Consulte la página 36.
- Eliminaremos los requisitos de autorización previa para la atención quiropráctica. Consulte la página 47.
- Eliminaremos los requisitos de autorización previa para la FIT-DNA (prueba inmunológica fecal con análisis de ADN). Consulte la página 29.
- Agregaremos la cobertura de trasplantes por rhabdomyosarcoma infantil y linfoma de células del manto (linfoma no hodgkiniano). Consulte la página 52.
- Eliminaremos el costo compartido de los servicios profesionales por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para el tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en el consultorio de un proveedor u otro establecimiento profesional. Consulte la página 66.
- Eliminaremos la autorización previa y el costo compartido de los agentes a base de naloxona. Consulte la página 73.
- Agregaremos requisitos de autorización previa para los surtidos iniciales de medicamentos opioides recetados para afecciones agudas. Consulte la página 70.

Cambios en la opción alta únicamente

- Su parte de la prima aumentará para las opciones de una sola persona, una persona más un beneficiario adherente y una persona y la familia. Consulte la página 106.
- Reduciremos el copago por servicios de rehabilitación a \$20 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 38.
- Agregaremos rehabilitación pulmonar para enfermedad pulmonar obstructiva crónica de hasta 3 visitas por semana durante 12 semanas a un costo compartido de \$20 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 37.
- Reduciremos el copago por servicios de rehabilitación a \$20 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 38.
- Reduciremos el copago por cuidado de los pies a \$20 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 41.

Cambios en la opción estándar únicamente

- Su parte de la prima aumentará para las opciones de una sola persona, una persona más un beneficiario adherente y una persona y la familia. Consulte la página 106.
- Reduciremos el copago por servicios de rehabilitación a \$25 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 38.
- Agregaremos rehabilitación pulmonar para enfermedad pulmonar obstructiva crónica de hasta 3 visitas por semana durante 12 semanas a un costo compartido de \$25 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 37.
- Reduciremos el copago por servicios de rehabilitación a \$25 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 38.
- Reduciremos el copago por cuidado de los pies a \$25 por visita como paciente ambulatorio. Consulte la página 41.

Sección 3. Cómo recibe atención

Tarjetas de identificación Le enviaremos una tarjeta de identificación cuando se inscriba. Debe llevarla consigo en todo momento. Debe mostrarla siempre que reciba servicios de un proveedor del plan o surta una receta médica en una farmacia del plan. Hasta que reciba su tarjeta de identificación, use su copia del formulario de elección de beneficios médicos (SF-2809), su carta de confirmación de inscripción en los beneficios médicos (para pensionados) o su carta de confirmación del sistema de inscripción electrónico (como Employee Express).

Si no recibe su tarjeta de identificación en un plazo de 30 días después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción o si necesita tarjetas de reemplazo, llámenos al 877-280-2989 o escríbanos a P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393. También puede solicitar tarjetas de reemplazo a través de nuestro sitio web: www.GlobalHealth.com/fehb.

Dónde obtiene atención cubierta Usted obtiene atención por parte de “proveedores del plan” y “centros del plan”. Solo pagará los deducibles (opción estándar únicamente), los copagos o el coseguro.

- **Proveedores del plan** Los proveedores del plan son médicos y otros profesionales de atención médica de nuestra área de servicio a quienes contratamos para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Acreditamos a los proveedores del plan de acuerdo con los estándares nacionales.

Detallamos proveedores del plan en el directorio de proveedores, el cual actualizamos periódicamente. La lista también está en nuestro sitio web.

- **Centros del plan** Los centros del plan son hospitales y otras instalaciones en nuestra área de servicios que contratamos para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Los centros están enumerados en el directorio de proveedores, el cual actualizamos periódicamente. La lista también está en nuestro sitio web.

Qué debe hacer para obtener atención cubierta Depende del tipo de atención que necesite. Primero, usted y cada miembro de su familia deben elegir un médico de atención primaria. Esta decisión es importante, ya que su médico de atención primaria proporciona u organiza la mayor parte de su atención médica.

- **Atención primaria** Puede elegir un médico de atención primaria llamando a Servicio al cliente al 877-280-2989 o visitando nuestro sitio web, www.GlobalHealth.com/fehb.

Cuando usted se inscribe, escoge a un médico de atención primaria de la red de proveedores de GlobalHealth. Cada miembro de la familia puede elegir un médico de atención primaria diferente, incluso un pediatra para los hijos. Su médico de atención primaria puede ser un médico de cabecera de la familia, un internista, un pediatra (para miembros menores de 18 años de edad) o un médico general. Tiene total libertad de elegir entre los médicos de atención primaria de nuestra red. Su médico de atención primaria le proporcionará la mayor parte de su atención médica o lo derivará para que consulte a un especialista.

Si desea cambiar de médicos de atención primaria o si su médico de atención primaria abandona el plan, llámenos. Le ayudaremos a seleccionar uno nuevo. También le ayudaremos a seleccionar un nuevo médico de atención primaria si necesita cambiarse de un pediatra a un médico de atención para adultos.

- **Atención especializada**

Su médico de atención primaria le derivará a un especialista para la atención que necesite. Cuando reciba una derivación de su médico de atención primaria, debe regresar con el médico de atención primaria después de la consulta, a menos que este le haya autorizado cierto número de visitas sin derivaciones adicionales. El médico de atención primaria debe proporcionar o autorizar toda la atención de seguimiento. No vaya con el especialista para una nueva visita, a menos que su médico de atención primaria le dé una derivación. Sin embargo, puede autoderivarse para recibir servicios ginecológicos u obstétricos dentro de la red y exámenes de mujer sana, mamografías de rutina, servicios de asesoramiento de salud mental, salud conductual o por dependencia de sustancias químicas, evaluaciones de fisioterapia, exámenes de la vista de rutina o lentes, atención quiropráctica y visitas por atención de urgencia fuera del horario de atención.

A continuación, se detallan algunas cosas que debe saber sobre la atención especializada:

- Si necesita ver a un especialista frecuentemente por una afección médica crónica, compleja o grave, su médico de atención primaria desarrollará un plan de tratamiento que le permita ver a su especialista en una determinada cantidad de visitas sin derivaciones adicionales.

Su médico de atención primaria creará su plan de tratamiento. Es posible que el médico deba tener una autorización o aprobación de parte nuestra de antemano. Si está viendo a un especialista cuando se inscriba en nuestro plan, hable con su médico de atención primaria. Si él decide referirle con un especialista, pregúntele si puede ver a su especialista actual.

Si su especialista actual no está dentro de nuestra red, debe recibir tratamiento de un especialista que sí lo esté. Generalmente, no le pagaremos si ve a un especialista que no participa en nuestro plan.

- Si está viendo a un especialista y su especialista abandona el plan, llame a su médico de atención primaria, quien planificará una cita para usted con otro especialista. Puede recibir servicios de su especialista actual hasta que nos organicemos para que usted vea a alguien más.
- Si tiene una afección crónica y discapacitante y pierde acceso a su especialista porque:
 - terminamos nuestro contrato con su especialista por una causa diferente
 - nos separamos del FEHB (Beneficios Médicos para Empleados Federales) y usted se inscribe en otro plan del programa FEHB
 - reducimos nuestra área de servicio y se inscribe en otro plan FEHB

Puede continuar viendo a su especialista por hasta 90 días después de que reciba el aviso del cambio. Comuníquese con nosotros, o si nos retiramos del programa, comuníquese con su nuevo plan.

Si usted está en el segundo o tercer trimestre de embarazo y pierde acceso a su especialista por las circunstancias mencionadas anteriormente, puede continuar viendo a su especialista hasta el final de su atención de posparto, incluso si es después de los 90 días.

- **Atención hospitalaria**

Su médico de atención primaria o especialista del plan hará los arreglos necesarios en el hospital y supervisará su atención. Esto incluye admisión a un centro de enfermería especializada o de otro tipo.

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

Pagamos los servicios cubiertos desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción. Sin embargo, si se encuentra en el hospital cuando empieza su inscripción en nuestro plan, llame inmediatamente al Departamento de Servicio al cliente al 877-280-2989. Si usted es nuevo en el programa de FEHB, haremos los arreglos para que usted reciba atención y le proporcionen los beneficios para sus servicios cubiertos mientras se encuentre en el hospital a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

Si se cambió de otro plan de FEHB al nuestro, su plan anterior pagará la estancia en el hospital hasta:

- Que reciba el alta, no simplemente que lo trasladen a otro centro de atención.
- El día en que se agoten los beneficios de su plan anterior.
- El día 92 después de convertirse en miembro de este plan, lo que ocurra primero.

Estas cláusulas se aplican solamente a los beneficios de la persona hospitalizada. Si su plan deja de participar en el programa de FEHB total o parcialmente, o si la OPM ordena un cambio en la inscripción, esta cláusula de continuación de cobertura no aplica. En tales casos, los beneficios que el miembro de la familia hospitalizado tiene bajo el nuevo plan comienzan en la fecha de entrada en vigor de la inscripción.

Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios

Debido a que su médico de atención primaria organiza la mayoría de las derivaciones a especialistas y hospitalizaciones, el proceso de aprobación de reclamos previo al servicio se aplica únicamente a la atención que se muestra en *Otros servicios*.

Debe obtener aprobación previa para algunos servicios. Si no lo hace, es posible que el servicio no se cubra.

- **Admisión de pacientes en el hospital**
- **Otros servicios**

La certificación previa es el proceso mediante el cual, antes de su admisión al hospital como paciente hospitalizado, evaluamos la necesidad médica de su estancia propuesta y la cantidad de días necesarios para tratar su afección.

Su médico de atención primaria obtendrá autorización previa para toda la atención de especialidad que usted pudiera necesitar. GlobalHealth debe autorizar previamente todos los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios en un centro contratado, excepto las estancias relacionadas con el parto, la atención en sala de emergencias, la atención de urgencia fuera del horario de atención, los servicios obstétricos o ginecológicos y los exámenes de mujer sana, las mamografías de rutina, los servicios de asesoramiento de salud conductual o por dependencia de sustancias químicas, los exámenes de la vista de rutina o lentes, la atención quiropráctica o las evaluaciones de fisioterapia. Antes de dar nuestra aprobación, tenemos en cuenta si el servicio está cubierto, si es necesario desde el punto de vista médico y si sigue la práctica médica generalmente aceptada.

Debe obtener una autorización previa para lo siguiente:

- Visitas a especialistas, excepto aquellas mencionadas anteriormente
- Análisis de laboratorio que no son de rutina, radiografías y otras pruebas de diagnóstico
- Exploraciones especializadas, exámenes por imágenes y exámenes de diagnóstico
- Atención preventiva
 - Prueba de BRCA
 - Examen colorrectal (que no sea la FIT [prueba inmunoquímica fecal], la FIT-DNA o la FOBT [prueba de sangre oculta en heces])
 - Suministros y equipos para la lactancia
 - Esterilización voluntaria
 - Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
 - Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Tratamiento por infertilidad
- Quimioterapia, radiación, diálisis, terapia de infusión, terapia con la hormona del crecimiento
- Análisis conductual aplicado
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Rehabilitación cardíaca
- Audífonos y dispositivos implantados relacionados con la audición
- Dispositivos ortopédicos y prostéticos
- Equipo médico duradero
- Suministros para diabéticos
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Todos los procedimientos quirúrgicos proporcionados en consultorios de especialistas

- Admisiones en el hospital para pacientes hospitalizados, excepto para partos
- Visitas al hospital como paciente ambulatorio o a otro centro cubierto
- Beneficios de atención prolongada o beneficios de centros de enfermería especializada
- Cuidados paliativos
- Servicios de ambulancia que no son de emergencia
- Algunos medicamentos recetados

Cómo solicitar certificación previa para una admisión o cómo obtener autorización previa para Otros servicios

Primero, su médico, su hospital, usted o su representante debe llamarnos al 877-280-2989 antes de la admisión o de que se presten los servicios que requieran autorización previa.

A continuación, proporcione la siguiente información:

- nombre del afiliado y número de identificación del plan
- nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de identificación y número de teléfono
- razón de la hospitalización, tratamiento propuesto o cirugía
- nombre y teléfono del médico que admite
- nombre del hospital o centro
- cantidad de días solicitados para la estancia en el hospital

• **Reclamos de atención no urgente**

En el caso de reclamos de atención no urgente, le indicaremos al médico o al hospital la cantidad de días aprobados para el paciente hospitalizado o la atención que aprobamos para otros servicios que deban tener autorización previa. Tomaremos una decisión en un plazo de 15 días posteriores a la recepción del reclamo previo al servicio. Si los asuntos fuera de nuestro control necesitan una extensión de tiempo, podemos tomarnos hasta 15 días adicionales para revisar y le notificaremos sobre la necesidad de una extensión de tiempo antes del final del periodo original de 15 días. Nuestro aviso incluirá las circunstancias en las que se fundamente la solicitud de la extensión y la fecha en la que se espera una decisión.

Si precisamos de una extensión debido a que no hemos recibido la información necesaria de parte suya, nuestro aviso describirá la información específica requerida y le autorizaremos hasta 60 días a partir de la recepción del aviso para brindar la información.

• **Reclamos de atención de urgencia**

Si tiene un reclamo de atención de urgencia (es decir, cuando esperar el límite de tiempo regular para su atención o tratamiento médico podría poner seriamente en peligro su vida, salud o habilidad para recuperar sus funciones máximas, o bien, en la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, esto le provocaría dolor grave que no se puede manejar adecuadamente sin esta atención o tratamiento), agilizaremos nuestra revisión y le notificaremos nuestra decisión en las siguientes 72 horas. Si solicita que revisemos su reclamo como un reclamo de atención de urgencia, revisaremos la documentación que proporcione y decidiremos si es un reclamo de atención de urgencia aplicando el juicio de una persona prudente que no sea experta y que tenga un conocimiento promedio de salud y de medicina.

Si no proporciona suficiente información, nos comunicaremos con usted en las siguientes 24 horas después de haber recibido el reclamo para solicitarle la información específica que necesitamos para completar nuestra revisión del reclamo. Luego, tendrá hasta 48 horas para proporcionar la información. Tomaremos la decisión sobre el reclamo en las siguientes 48 horas (1) después de la hora en que recibimos la información adicional o (2) después de que finalice el periodo, lo que suceda primero.

Podemos comunicar nuestra decisión en forma oral en estos periodos pero le daremos seguimiento con notificación escrita o electrónica en los siguientes tres días después de la notificación verbal.

Puede solicitar que el reclamo de atención de urgencia en apelación se revise simultáneamente por parte nuestra y de la OPM. Háganos saber si quisiera una revisión simultánea de su reclamo de atención de urgencia por parte de la OPM, ya sea por escrito al momento de apelar nuestra decisión inicial o por teléfono llamando al 877-280-2989. También puede llamar a la oficina de FEHB 3 de la OPM al 202-606-0737 entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., hora del este, para pedir la revisión simultánea. Cooperaremos con la OPM para que puedan revisar rápidamente el reclamo que está apelando. Asimismo, si no indicó que su reclamo era un reclamo de atención de urgencia, llámenos

al 877-280-2989. Si se determina que su reclamo es un reclamo de atención de urgencia, agilizaremos nuestra revisión (si aún no lo hemos respondido).

- Reclamos de atención concurrente**

Un reclamo de atención concurrente involucra la atención proporcionada durante un periodo o cierta cantidad de tratamientos. Trataremos cualquier reducción o terminación de nuestro plan de tratamiento previamente aprobado antes de finalizar el periodo o la cantidad de tratamientos aprobados como una decisión que se puede apelar. Esto no incluye la reducción ni la terminación por cambios de beneficios o si su inscripción finaliza. Si creemos que una reducción o terminación está garantizada, le dejaremos suficiente tiempo para apelar y obtener una decisión de nuestra parte antes de que tenga efecto la reducción o terminación.

Si solicita una extensión de un plan de tratamiento en curso al menos 24 horas antes del vencimiento del periodo aprobado y este también es un reclamo de atención de urgencia, entonces tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas después de que recibamos el reclamo.
 - Admisión de emergencia para pacientes hospitalizados**

Si lo admiten de emergencia por una afección que usted razonablemente cree que pone su vida en peligro o podría provocarle daño grave a las funciones fisiológicas, usted, su representante, el médico o el hospital debe llamarnos por teléfono dentro de los dos días siguientes después del día de la admisión de emergencia, incluso si se le ha dado el alta del hospital.
 - Atención de maternidad**

GlobalHealth solo cubrirá los costos de su atención cuando sea proporcionada por su médico de atención primaria o por un proveedor de la red que se especializa en obstetricia o ginecología. Usted será responsable del costo de la atención si obtiene los servicios de un proveedor fuera de la red, a menos que sea un incidente o una situación de urgencia o de emergencia. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica de la red que se especializan en obstetricia o ginecología, consulte el directorio de proveedores en línea o póngase en contacto con Servicio al cliente.

No necesita autorización previa de admisión por maternidad para un parto de rutina. Sin embargo, si su afección médica requiere que permanezca hospitalizada durante más de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea, su médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener autorización por los días adicionales. Además, si su bebé permanece en el hospital después de que a usted le dan el alta, su médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener autorización por los días adicionales para su bebé.
 - Si su tratamiento debe prolongarse**

Si solicita una extensión de un plan de tratamiento en vigencia por lo menos 24 horas antes del vencimiento del periodo aprobado y si también se trata de un reclamo de atención de urgencia, tomaremos una decisión en las siguientes 24 horas después de que recibamos el reclamo.
- Qué sucede cuando no sigue las reglas de certificación previa cuando usa centros fuera de la red**
- Debe obtener una derivación autorizada antes de una estancia en el hospital o una cirugía ambulatoria programadas. No se necesitan derivaciones para visitas a la sala de urgencias ni para estancias relacionadas con el parto. Debe ir a un centro de la red para el parto a menos que tenga contracciones y no haya tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes del parto o a menos que el traslado represente una amenaza para su salud o seguridad, o las de su bebé. Si decide obtener servicios de un proveedor fuera de la red en casos que no sean de emergencia, usted será económicamente responsable.
- Circunstancias más allá de nuestro control**
- Bajo ciertas circunstancias extraordinarias, como desastres naturales, es posible que debamos demorar sus servicios o no podamos proporcionarlos. En ese caso, haremos todos los esfuerzos razonables para proporcionar la atención necesaria.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión por reclamo previo al servicio**
- Si usted tiene un **reclamo previo al servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión relacionada con la certificación previa de una admisión para paciente hospitalizado o la aprobación previa de otros servicios, puede solicitar una revisión de acuerdo con los procedimientos que se detallan a continuación.
- Si ya recibió el servicio, suministro o tratamiento, entonces tiene un **reclamo** posterior al servicio y debe seguir el proceso completo de reclamos disputados que se detalla en la sección 8.
- Para reconsiderar un reclamo de atención no urgente**

En los siguientes seis meses después de nuestra decisión inicial, usted puede pedirnos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el paso 1 del proceso de reclamos disputados que se detalla en la sección 8 de este cuadernillo.

En el caso de un reclamo previo al servicio y sujeto a una solicitud de información adicional, contamos con 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud por escrito para reconsiderar:

1. Proporcionarle la certificación previa de su estancia en el hospital o, si corresponde, hacer los arreglos para que el proveedor de atención médica le brinde la atención o acepte su solicitud de aprobación previa para un servicio, medicamento o suministro.
2. Pedirle a usted o a su proveedor más información.

Usted o su proveedor deben enviar la información para que la recibamos en los siguientes 60 días de su solicitud. Entonces decidiremos en un plazo adicional de 30 días.

Si no recibimos la información en un plazo de 60 días, tomaremos una decisión dentro de los 30 días a partir de la fecha en que debía presentar la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tengamos. Le haremos saber nuestra decisión por escrito.

3. Escribible e informarle que mantenemos nuestra denegación.

- **Para reconsiderar un reclamo de atención de urgencia**

En el caso de una apelación a un reclamo de atención de urgencia previo al servicio, puede solicitarnos por escrito reconsiderar nuestra decisión inicial dentro de los seis meses siguientes a nuestra decisión inicial. Siga el paso 1 del proceso de reclamos disputados que se detalla en la sección 8 de este cuadernillo.

A menos que le solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud de reconsideración. Agilizaremos el proceso de revisión, lo que permite solicitudes verbales y por escrito para apelaciones y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, facsímil u otros métodos expeditos.

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

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

Sección 4. Su costo para servicios cubiertos

Esto es lo que usted pagará como gastos de bolsillo por la atención cubierta:

| | |
|---|--|
| Costo compartido | Costo compartido es el término general utilizado para hacer referencia a los gastos de bolsillo (p. ej., deducible, coseguro y copagos) para la atención cubierta que usted recibe. |
| Copagos | <p>Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga al proveedor, centro, farmacia, etc., cuando recibe ciertos servicios.</p> <p>Ejemplo: cuando ve a su médico de atención primaria, usted paga un copago de \$0 por visita en el consultorio, y cuando va al hospital, paga \$250 por día con un máximo de \$750 por admisión con la opción alta.</p> |
| Deducible | <p>Un deducible es un gasto fijo en el que debe incurrir por ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que empecemos a pagar beneficios para ellos. Los copagos no se tienen en cuenta en ningún deducible.</p> <ul style="list-style-type: none">• Con la opción estándar, el deducible por año calendario es de \$300 por persona. Con una inscripción para una sola persona, el deducible se considera liquidado y los beneficios son pagaderos a usted cuando los gastos cubiertos aplicados al deducible por año calendario de su inscripción alcanzan los \$300 con la opción estándar. Con una inscripción para una persona más un beneficiario adherente, el deducible se considera liquidado y los beneficios son pagaderos a usted y a un miembro de la familia elegible cuando los gastos cubiertos combinados aplicados al deducible por año calendario de su inscripción alcanzan los \$600 con la opción estándar. Con una inscripción para una persona y la familia, el deducible se considera liquidado y los beneficios son pagaderos a todos los miembros de la familia cuando los gastos cubiertos combinados aplicados al deducible por año calendario para los miembros de la familia alcanzan los \$600 con la opción estándar.• No tenemos deducible con la opción alta. <p>Nota: si cambia de plan durante la temporada abierta, no es necesario que inicie un nuevo deducible con su plan anterior entre el 1.º de enero y la fecha de entrada en vigor del nuevo plan. Si cambia de plan en otro momento del año, debe comenzar un nuevo deducible con el nuevo plan.</p> <p>Si durante el año cambia de opción en este plan, acreditaremos el monto de los gastos cubiertos que ya se aplicaron al deducible de su opción anterior al deducible de su nueva opción.</p> |
| Coseguro | <p>El coseguro es el porcentaje de nuestra asignación que usted debe pagar por su atención. El coseguro comienza después de que usted haya alcanzado el deducible del año calendario.</p> <p>Ejemplo: en nuestro plan, usted paga el 20% de nuestra asignación por equipo médico duradero con la opción alta.</p> |
| Diferencias entre la asignación de nuestro plan y la factura | <p>La asignación del plan es la cantidad permitida que pagaremos por los servicios prestados con base en tarifas contractuales con nuestros proveedores.</p> <p>GlobalHealth ofrece copagos fijos para todos los servicios, excepto el equipo médico duradero, los aparatos ortopédicos y las prótesis que no se implantan quirúrgicamente, los audífonos y los medicamentos de especialidad que tienen coseguro. Los copagos no varían según la cantidad permitida.</p> <p>La facturación de saldos se produce cuando un proveedor le factura a usted la diferencia entre el cobro facturado y el monto total que el proveedor recibió de su costo compartido y nuestro reembolso usual y acostumbrado por servicios cubiertos aprobados. Es posible que los proveedores dentro de la red no le facturen los saldos. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle saldos y usted será responsable de pagarles la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado de los proveedores.</p> |

Su protección en situación catastrófica: máximo de gastos de bolsillo

Opción alta: después de que sus copagos y su coseguro alcanzan un total de \$5,000 en caso de la inscripción para una sola persona o \$7,000 en caso de la inscripción para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia en cualquier año calendario, usted no tiene que pagar más los servicios cubiertos. *El límite máximo anual de costos compartidos de \$5,000 que figura para una sola persona se aplica a cada persona, independientemente de que la persona esté inscrita en la opción de una sola persona, una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia.*

Opción estándar: después de que sus deducibles, sus copagos y su coseguro alcanzan un total de \$6,500 en caso de la inscripción para una sola persona o \$7,500 en caso de la inscripción para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia en cualquier año calendario, no tiene que pagar más los servicios cubiertos. *El límite máximo anual de costos compartidos de \$6,500 que figura para una sola persona se aplica a cada persona, independientemente de que la persona esté inscrita en la opción de una sola persona, una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia.*

Escenario de ejemplo: su plan tiene un límite máximo de \$5,000 para gastos de bolsillo para una sola persona y un límite máximo de \$7,000 para gastos de bolsillo para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia. Si usted o uno de los miembros de su familia elegibles tiene gastos médicos de bolsillo calificados por \$5,000 o más durante el año calendario, cualquier gasto médico calificado restante para esa persona estará completamente cubierto por su plan de salud. Con un máximo de \$7,000 para gastos de bolsillo en caso de inscripción para una persona y la familia, un segundo miembro de la familia o una suma de otros miembros de la familia elegibles continuarán acumulando gastos médicos de bolsillo calificados hasta un máximo de \$2,000 para el año calendario antes de que sus gastos médicos calificados comiencen a estar cubiertos en su totalidad.

Sin embargo, los copagos y el coseguro para los siguientes servicios no cuentan para su máximo de gastos de bolsillo de protección en situación catastrófica, y usted debe continuar pagando todos los cargos por estos servicios:

- Gastos para servicios y suministros que excedan el límite máximo en dólares o por día indicado.
- Gastos generados por utilizar proveedores fuera de la red.

Asegúrese de llevar registros precisos y guardar los recibos de sus copagos y coseguro para asegurarse de que el cálculo de su máximo de gastos de bolsillo del plan se refleje de forma correcta.

Traslado

Si se cambió a este plan durante la temporada abierta desde un plan con beneficio de protección en situación catastrófica y la fecha de entrada en vigor del cambio fue después del 1.º de enero, cualquier gasto que se hubiera aplicado al beneficio de protección en situación catastrófica de ese plan durante el año anterior será cubierto por su antiguo plan, si es por la atención que recibió en enero antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura en este plan. Si usted ya alcanzó el nivel máximo de beneficios por protección en situación catastrófica de su antiguo plan, este se continuará aplicando hasta la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este plan. Si no ha alcanzado este nivel máximo de gastos, su antiguo plan aplicará primero sus gastos de bolsillo cubiertos hasta alcanzar el nivel de protección en situación catastrófica del año anterior, y luego aplicará el beneficio de protección en situación catastrófica a los gastos de bolsillo cubiertos que se hayan generado desde ese punto hasta la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este plan. Su antiguo plan pagará estos gastos cubiertos de acuerdo con los beneficios de este año; los cambios de beneficios entran en vigor el 1.º de enero.

Nota: si durante el año cambia de opción en este plan, acreditaremos el monto de los gastos cubiertos que ya se acumularon a cuenta del límite de gastos de bolsillo de protección en situación catastrófica de su opción anterior al límite de protección en situación catastrófica de su nueva opción.

Cuando los centros del gobierno nos envían facturas

Los centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs), del Departamento de Defensa (Department of Defense) y de los Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services) tienen derecho a solicitarnos reembolso para ciertos servicios y suministros que les

proporcionan a usted o a un miembro de la familia. Ellos no pueden solicitar más de lo que permiten sus leyes establecidas.

Es posible que usted sea responsable de pagar ciertos servicios y cargos. Comuníquese directamente con el centro del gobierno para obtener más información.

Sección 5. Beneficios de las opciones alta y estándar

Consulte la página 14 para conocer cómo cambiaron nuestros beneficios este año. En las páginas 101 y 102 aparece un resumen de los beneficios de cada opción. Asegúrese de revisar los beneficios que están disponibles con la opción en la que está inscrito.

Sección 5. Descripción general de los beneficios de las opciones alta y estándar 28

Sección 5(a). Suministros y servicios médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica 29

- Servicios de diagnóstico y tratamiento 29
- Servicios de telesalud 30
- Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico 30
- Atención preventiva, adultos 31
- Atención preventiva, niños 33
- Atención de maternidad 34
- Planificación familiar 35
- Servicios por infertilidad 36
- Servicios por infertilidad (continuación) 37
- Atención de alergias 37
- Tratamientos 37
- Servicios de rehabilitación 38
- Servicios de habilitación 39
- Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros) 40
- Servicios de visión (pruebas, tratamiento y suministros) 41
- Cuidado de los pies 42
- Dispositivos ortopédicos y prostéticos 42
- Equipo médico duradero (DME) 44
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar 46
- Quiropráctico 47
- Tratamientos alternativos 47
- Clases y programas educativos 47

Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica 48

- Procedimientos quirúrgicos 48
- Procedimientos quirúrgicos (continuación) 49
- Cirugía reconstructiva 49
- Cirugía maxilofacial y bucal 51
- Trasplantes de órganos o tejidos 51
- Anestesia 55

Sección 5(c). Servicios proporcionados por un hospital u otro centro, y servicios de ambulancia 58

- Hospital para pacientes hospitalizados 58
- Hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio 59
- Beneficios de atención prolongada o beneficios de centros de enfermería especializada 61
- Cuidados paliativos 63
- Cuidado para el final de la vida 63
- Ambulancia 63

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes 65

- Emergencia dentro de nuestra área de servicio 66
- Emergencia fuera de nuestra área de servicio 67
- Ambulancia 67

Sección 5(e). Beneficios para trastornos de salud mental y consumo de sustancias 69

- Servicios profesionales 69
- Diagnóstico 70
- Hospital u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados 70
- Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios 70

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados 72

- Medicamentos y suministros cubiertos 75
- Medicamentos de atención preventiva 78

Sección 5(g). Beneficios dentales 81

- Beneficio por lesión accidental 81

Anestesia dental 81
Anestesia dental para un miembro que: 81
Beneficios dentales 82
Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales 83
 Opción de beneficios flexible 83
 Línea de enfermería e información las 24 horas 83
 Servicios para personas sordas o con discapacidad auditiva 83
 Centros de excelencia 83
 Programas de mejoramiento de la salud 83
 Tratamiento para dejar el tabaco 83
 Servicios de traducción 84
 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos 84
 Programa de Mejoramiento de la Calidad 85
 Programas de administración de atención 85
 Encuestas 85
 Procedimiento de evaluación de la tecnología 86
 Calculadora de costos de medicamentos 86
 MYGLOBAL™ 86
 Portal para miembros 86
Beneficios ajenos a FEHB disponibles para los miembros del plan 87

Sección 5. Descripción general de los beneficios de las opciones alta y estándar

Este plan ofrece una opción alta y una opción estándar. Ambos paquetes de beneficios están descritos en la sección 5. Asegúrese de revisar los beneficios que están disponibles con la opción en la que está inscrito.

La sección 5 sobre las opciones alta y estándar se divide en subsecciones. Lea “Cosas importantes que debe tener presentes” al inicio de cada subsección. Asimismo, lea las exclusiones generales en la sección 6; estas se aplican a los beneficios que se describen en las siguientes subsecciones. Para obtener formularios de reclamos, consejos para presentar reclamos o más información acerca de los beneficios de las opciones alta y estándar, escríbanos a FederalAnswers@globalhealth.com, llámenos al 877-280-2989 o ingrese a nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com/fehb.

Puede optar por recibir los servicios cubiertos en un centro preferido o no preferido. Asegúrese de preguntar qué tipo de centro es cuando haga una cita. Su costo compartido puede variar dependiendo del lugar en donde recibe los servicios.

Algunas características se aplican a ambas opciones:

- \$0 por visitas ilimitadas al consultorio del médico de atención primaria
- \$0 por análisis de laboratorio y radiografías

Cada opción ofrece características exclusivas:

- **Opción alta**
 - Sin deducible
 - Costo compartido inferior que en la opción estándar
- **Opción estándar**
 - Prima inferior que en la opción alta
 - Deducible de \$300 (una sola persona) y deducible de \$600 (una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia)
 - El PCP, el especialista, los análisis de laboratorio y las radiografías, las visitas al consultorio de atención de salud conductual, la atención preventiva y los medicamentos recetados están exentos del deducible (usted solo paga el copago o el coseguro, incluso si no ha alcanzado su deducible anual)

Sección 5(a). Suministros y servicios médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los médicos del plan deben proporcionarle o procurar su atención.
- Se aplica un copago del centro para todos los servicios que aparecen en esta sección pero que se llevan a cabo en un centro quirúrgico ambulatorio o en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Los servicios profesionales están incluidos en el copago del centro.
- El deducible por año calendario para la opción estándar es el siguiente: \$300 por persona (\$600 por inscripción para una persona más un beneficiario adherente o \$600 por inscripción para una persona y la familia). El deducible por año calendario se aplica a algunos de los beneficios que se describen en esta sección. Agregamos “(sin deducible)” para indicar en qué casos no se aplica el deducible por año calendario. La opción alta no tiene deducibles.
- Asegúrese de leer la sección 4, Sus costos para servicios cubiertos, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--|---|
| <p>Nota: el deducible por año calendario se aplica a algunos de los beneficios de la opción estándar que se describen en esta sección. Indicamos “(sin deducible)” cuando no se aplica.</p> | | |
| Servicios de diagnóstico y tratamiento | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Servicios profesionales de médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio del médico • En el hogar <p>Nota: salvo algunas excepciones, solamente cubrimos visitas a especialistas cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| <p>Servicios profesionales de médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un centro de atención de urgencia • Durante la estancia en un hospital • En un centro de enfermería especializada • Consultas médicas en el consultorio • Segunda opinión quirúrgica • Planificación avanzada de la atención | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> <p>Nada para los servicios en centros para pacientes hospitalizados y de atención de urgencia</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> <p>Nada para los servicios para pacientes hospitalizados</p> <p>Nada para los servicios en centros de atención de urgencia (sin deducible)</p> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|---|
| Servicios de diagnóstico y tratamiento | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: salvo algunas excepciones, solamente cubrimos visitas a especialistas cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> <p>Nada para los servicios en centros para pacientes hospitalizados y de atención de urgencia</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> <p>Nada para los servicios para pacientes hospitalizados</p> <p>Nada para los servicios en centros de atención de urgencia (sin deducible)</p> |
| Servicios de telesalud | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Los servicios cubiertos incluyen atención primaria, consultas de especialidades y asesoramiento de salud conductual. El proveedor determina la disponibilidad de estos servicios. Le recomendamos que se ponga en contacto con su proveedor.</p> | <p>Nada por visita de su médico de atención primaria o asesor de salud conductual</p> <p>\$35 de copago por visita de un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible) o asesor de salud conductual (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Pruebas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre • Análisis de orina • Papanicolaou que no es de rutina • Patología • Radiografías • Mamografías que no son de rutina (incluidas las 3D) • Ecografías • Electrocardiograma y EEG • Pruebas de expresión genética para el tratamiento de tumores malignos <p>Nota: su proveedor debe utilizar un laboratorio o radiólogo contratado.</p> <p>Nota: solo cubrimos los análisis de laboratorio, las radiografías y otras pruebas de diagnóstico que no son de rutina cuando hemos previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada</p> | <p>Nada (sin deducible)</p> |
| <p>Exploraciones especializadas, exámenes por imágenes y exámenes de diagnóstico</p> | <p>Centro preferido: *\$250 de copago por estudio</p> | <p>Centro preferido: *\$350 de copago por estudio</p> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|---|---|
| <p>Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CT • PET (tomografía computarizada con emisión de positrones) • SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotón único) • Exploraciones por resonancia magnética • Tomografías nucleares • Estudios del sueño <p>Nota: consulte la sección 5(c) para conocer los servicios facturados por un centro, como colonoscopias, para diagnosticar o tratar una afección específica.</p> <p>Nota: solo cubrimos exploraciones especializadas, diagnósticos por imágenes y exámenes de diagnóstico cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Opción alta</p> <p>Centro preferido: *\$250 de copago por estudio</p> <p>Centro no preferido: *\$500 de copago por estudio</p> <p>*por parte del cuerpo explorada</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Centro preferido: *\$350 de copago por estudio</p> <p>Centro no preferido: *\$700 de copago por estudio</p> <p>*por parte del cuerpo explorada</p> |
| <p>Atención preventiva, adultos</p> <p>Examen físico de rutina (uno por año calendario) que incluye: Pruebas de detección, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total en la sangre • Depresión • Diabetes • Presión arterial alta • VIH • Pruebas de detección de cáncer colorrectal, que incluyen <ul style="list-style-type: none"> – Prueba de sangre oculta en heces – Prueba de detección de sigmoidoscopia, cada cinco años a partir de los 50 años de edad – Prueba de detección de colonoscopia, cada diez años a partir de los 50 años de edad – FIT-DNA <p>Asesoramiento individual para la prevención y la reducción de riesgos para la salud</p> | <p>Opción alta</p> <p>Nada</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Nada (sin deducible)</p> |

Atención preventiva, adultos (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|-------------|---|
| Atención preventiva, adultos (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: Cubrimos únicamente las pruebas de detección de cáncer colorrectal (que no sean FIT, FIT-DNA ni FOBT), pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal y pruebas de detección de cáncer de pulmón cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | Nada | Nada (sin deducible) |
| <p>Prueba del PSA (antígeno prostático específico) de rutina, una anualmente para hombres de 40 años de edad y mayores</p> | Nada | Nada (sin deducible) |
| <p>Atención de la mujer sana; basada en las recomendaciones actuales, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) • Prueba de detección del HPV (virus del papiloma humano) • Prueba de detección de clamidia/gonorrea • Prueba de detección de osteoporosis • Prueba de detección de cáncer de seno • Asesoramiento anual sobre infecciones transmitidas sexualmente • Asesoramiento y exámenes de detección anual para el virus de inmunodeficiencia humana • Métodos anticonceptivos y asesoramiento • Asesoramiento y detección de violencia interpersonal y doméstica | Nada | Nada (sin deducible) |
| <p>Mamografía de rutina (incluidas las 3D); cubierta para las mujeres</p> | Nada | Nada (sin deducible) |
| <p>Vacunas para adultos justificadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): basadas en el calendario del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)</p> | Nada | Nada (sin deducible) |
| <p>Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, análisis de laboratorio o servicio de radiología que se realice junto con un examen de rutina y no esté incluido en el listado de servicios preventivos estará sujeto a los copagos, el coseguro y el deducible aplicables del miembro.</p> <p>Nota: Una lista completa de servicios de atención preventiva recomendados según el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) se encuentra disponible en línea en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/.</p> | | |

Atención preventiva, adultos (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--------------------------------|---|
| <p>Atención preventiva, adultos (continuación)</p> <p>HHS: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/</p> <p>CDC: www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p> <p>Servicios preventivos para la mujer: www.healthcare.gov/preventive-care-women/</p> <p>Para obtener más información, visite: healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx.</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes físicos requeridos para obtener o continuar con el empleo o el seguro, asistir a escuelas o campamentos, rendir exámenes de rendimiento deportivo o viajar. • Vacunas, refuerzos y medicamentos para viajar o por exposición relacionada con el trabajo • Exámenes y pruebas de detección genética relacionados con antecedentes familiares de cáncer u otra enfermedad, con excepción de los exámenes y las pruebas de detección del gen BRCA • Servicios de pruebas de detección solicitados solo por el miembro, como tomografías de corazón anunciadas por comerciales. | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| <p>Atención preventiva, niños</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <p>Visitas de niño sano, exámenes y vacunas según se describen en las pautas de Bright Futures proporcionadas por la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría).</p> | <p>Nada</p> | <p>Nada (sin deducible)</p> |
| <p>Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, análisis de laboratorio o servicio de radiología que se realice junto con un examen de rutina y no esté incluido en el listado de servicios preventivos estará sujeto a los copagos, el coseguro y el deducible aplicables del miembro.</p> <p>Nota: Una lista completa de servicios de atención preventiva recomendados según el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) se encuentra disponible en línea en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/.</p> <p>HHS: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/</p> | | |

Atención preventiva, niños (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--|--|
| <p>Atención preventiva, niños (continuación)</p> <p>CDC: www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p> <p>Para obtener más información, visite: healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx.</p> <p>Nota: Para obtener la lista completa de las pautas de Bright Futures de la Academia Estadounidense de Pediatría, visite brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx.</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <p>Atención de maternidad</p> <p>Atención de maternidad completa (obstétrica), como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal: incluye ecografías, pruebas de laboratorio y de diagnóstico • Prueba de detección de diabetes gestacional para mujeres embarazadas • Parto • Atención posparto | <p>Opción alta</p> <p>Nada por atención prenatal</p> <p>\$25 de copago único para toda la atención posparto ambulatoria en la primera visita</p> <p>Nada para servicios profesionales para partos para pacientes hospitalizadas</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Nada por atención prenatal (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago único para toda la atención posparto ambulatoria en la primera visita (sin deducible)</p> <p>Nada para servicios profesionales para partos para pacientes hospitalizadas</p> |
| <p>Apoyo, asesoramiento, suministros y renta de equipo para lactancia materna para cada nacimiento</p> <p>Nota: limitado a la compra o renta de una bomba sacaleche de un proveedor de la red con autorización previa. Incluye solo suministros para lactancia materna en el kit de sacaleches.</p> <p>Limitado a un sacaleches por año calendario para mujeres que están embarazadas o amantando. Póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener una lista de los proveedores de la red.</p> <p>Nota: solamente cubrimos equipos y suministros para la lactancia materna cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada</p> | <p>Nada (sin deducible)</p> |
| <p>Nota: tenga en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No es necesario obtener una certificación previa para un parto vaginal; consulte la página 54 para conocer otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su bebé. • Usted puede permanecer en el hospital por hasta 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Prolongaremos su estancia como paciente hospitalizada si se considera necesario desde el punto de vista médico. | | |

Atención de maternidad (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--------------------------------|---|
| <p>Atención de maternidad (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cubrimos atención de rutina en la sala de recién nacidos para el recién nacido durante la parte cubierta de la estancia por maternidad de la madre. Cubriremos otro tipo de atención para un bebé que necesita un tratamiento que no es de rutina únicamente si cubrimos al bebé con una inscripción de una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia. Pagamos la hospitalización y los servicios de cirujano para atención que no sea de maternidad de igual manera que para enfermedad y lesiones. Los servicios hospitalarios están cubiertos en conformidad con la sección 5(c) y la sección 5(b) sobre beneficios quirúrgicos. <p>Nota: cuando un recién nacido necesita un tratamiento definitivo durante el confinamiento de la madre o después de este, se considera que el recién nacido es un paciente por derecho propio. Si el recién nacido es elegible para recibir cobertura, se aplican los beneficios médicos o quirúrgicos regulares, en lugar de los beneficios por maternidad.</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Abortos voluntarios Preparación para el nacimiento del bebé, Lamaze y otras clases para el nacimiento/crianza Suministros para lactancia materna diferentes a los que contiene el kit de sacaleches, tales como ropa (p. ej., sostén para lactancia materna), biberones o artículos para comodidad o conveniencia personal (p. ej., almohadillas para lactancia materna) Atención de maternidad para mujeres que no están inscritas en este plan Dispositivos para monitoreo uterino en el hogar | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| <p>Planificación familiar</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <p>Asesoramiento sobre anticonceptivos anualmente</p> | <p>Nada</p> | <p>Nada (sin deducible)</p> |
| <p>Varios servicios de planificación familiar voluntaria, que se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Esterilización voluntaria (p. ej., ligadura de trompas, vasectomía) Anticonceptivos implantados quirúrgicamente Medicamentos anticonceptivos inyectables (como Depo-Provera) Dispositivos intrauterinos (DIU) Diafragmas y anillos anticonceptivos | <p>Nada</p> | <p>Nada (sin deducible)</p> |

Planificación familiar (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Planificación familiar (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: cubrimos los anticonceptivos orales según el beneficio de medicamentos recetados.</p> <p>Nota: solamente cubrimos servicios anticonceptivos quirúrgicos cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | Nada | Nada (sin deducible) |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria • Asesoramiento y pruebas genéticas • Dispositivos anticonceptivos no descritos anteriormente • Anticonceptivos de venta libre (OTC), excepto lo descrito en la sección 5(f) • Diagnóstico genérico de preimplantación (PGD) | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Servicios por infertilidad | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inseminación artificial: <ul style="list-style-type: none"> – Inseminación intravaginal (IVI) – Inseminación intracervical (ICI) – Inseminación intrauterina (IUI) • Medicamentos para la fertilidad <p>Nota: cubrimos medicamentos inyectables para la fertilidad con los beneficios médicos, y medicamentos autoinyectables para la fertilidad con el beneficio de medicamentos recetados.</p> <p>Nota: consulte la sección 5(c) para conocer los beneficios quirúrgicos y la sección 5(f) para conocer los beneficios de medicamentos recetados.</p> <p>Nota: solamente cubrimos tratamientos por infertilidad cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de ART (tecnología reproductiva asistida), como: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Fertilización in vitro (IVF)</i> | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

Servicios por infertilidad (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--|--|
| Servicios por infertilidad (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> – <i>Transferencia de embriones, GIFT (transferencia intrafalopiana de gametos) y ZIFT (transferencia intrafalopiana de cigotos)</i> • Servicios y suministros relacionados con procedimientos ART • Costo del espermatozoides del donante • Costo del óvulo de la donante • Criopreservación o almacenamiento de espermatozoides (banco de espermatozoides), óvulos o embriones • Servicios, suministros o medicamentos proporcionados a personas no inscritas en este plan • Asesoramiento genético y prueba de detección genética | Todos los cargos | Todos los cargos |
| Atención de alergias | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y tratamiento • Inyecciones contra alergia | Nada por visita a su médico de atención primaria \$35 de copago por visita a un especialista | Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible) \$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible) |
| Suero contra alergias | Nada | Nada (sin deducible) |
| <i>No está cubierto:</i> | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas con alimentos provocadores • Desensibilización sublingual para tratar alergias | | |
| Tratamientos | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y terapia de radiación Nota: las altas dosis de quimioterapia relacionadas con trasplantes autólogos de médula ósea se limitan a aquellos trasplantes detallados en la sección de trasplantes de órganos y tejidos en la página 48. <ul style="list-style-type: none"> • Terapia respiratoria e inhalación • Rehabilitación cardíaca después de una afección o un evento que califica: hasta 3 visitas por semana, durante 12 semanas • Diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal • Terapia intravenosa/Infusión: terapia intravenosa y de antibióticos en el hogar • Terapia con la hormona del crecimiento (GHT) • Tratamiento con oxígeno hiperbárico | Todos los demás tratamientos: \$50 de copago por visita Infusión, solamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si se administra en el consultorio del médico Rehabilitación cardíaca: \$20 de copago por visita Rehabilitación pulmonar: \$20 de copago por visita Nada durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto | Todos los demás tratamientos: \$60 de copago por visita Infusión, solamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si se administra en el consultorio del médico Rehabilitación cardíaca: \$25 de copago por visita Rehabilitación pulmonar: \$25 de copago por visita Nada durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto |

Tratamientos (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---|---|
| <p>Tratamientos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación pulmonar para enfermedad pulmonar obstructiva crónica: hasta 3 visitas por semana durante 12 semanas <p>Nota: las visitas de enfermería al hogar asociadas con terapia intravenosa o de infusión están cubiertas como se muestra en <i>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</i> en la página 43.</p> <p>Nota: solamente cubrimos las terapias de tratamiento cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer los servicios de terapia de tratamiento recibidos en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o centro.</p> | <p>Opción alta</p> <p>Todos los demás tratamientos: \$50 de copago por visita</p> <p>Infusión, solamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si se administra en el consultorio del médico</p> <p>Rehabilitación cardíaca: \$20 de copago por visita</p> <p>Rehabilitación pulmonar: \$20 de copago por visita</p> <p>Nada durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Todos los demás tratamientos: \$60 de copago por visita</p> <p>Infusión, solamente medicamento, \$30 de copago por tratamiento si se administra en el consultorio del médico</p> <p>Rehabilitación cardíaca: \$25 de copago por visita</p> <p>Rehabilitación pulmonar: \$25 de copago por visita</p> <p>Nada durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto</p> |
| <p>ABA (análisis conductual aplicado); miembros con trastorno del espectro autista</p> <ul style="list-style-type: none"> Se limita 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 Trastornos generalizados del desarrollo especificados: síndrome de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis limítrofe de la infancia <p>Nota: solamente cubrimos los servicios de ABA cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Visita a domicilio y en el consultorio: Nada</p> <p>* Entorno natural: \$30 de copago por día</p> <p>* Un asesor puede elegir acompañar al miembro a la escuela, a las citas con el médico, etc.</p> | <p>Visita a domicilio y en el consultorio: Nada</p> <p>* Entorno natural: \$30 de copago por día</p> <p>* Un asesor puede elegir acompañar al miembro a la escuela, a las citas con el médico, etc.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación</p> <p>60 visitas por año calendario para los servicios de cada uno de los siguientes o una combinación de los tres.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapeutas calificados Terapeutas ocupacionales Terapeutas del habla | <p>Opción alta</p> <p>\$20 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> <p>Nada por visita durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>\$25 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> <p>Nada por visita durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto</p> |

Servicios de rehabilitación (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---|---|
| Servicios de rehabilitación (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: solo cubrimos la terapia cuando un proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita la atención • Identifica las aptitudes profesionales específicas que necesita el paciente y la necesidad médica de servicios especializados • Indica durante cuánto tiempo se necesitan los servicios <p>Nota: Un fisioterapeuta puede enviar una derivación directamente a GlobalHealth para un máximo de 30 días de terapia. Su médico de atención primaria debe enviar una derivación para los servicios que se necesitan después de transcurridos los 30 días.</p> <p>Nota: solo cubrimos terapias cuando damos autorización previa al tratamiento, excepto por las evaluaciones realizadas por un fisioterapeuta con licencia. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>\$20 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> <p>Nada por visita durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto</p> | <p>\$25 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> <p>Nada por visita durante la admisión del paciente hospitalizado cubierto</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación a largo plazo • Programas de ejercicio • Terapia de masaje • Terapia de la voz relacionada con la reasignación de sexo | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| Servicios de habilitación | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>60 visitas por año calendario para los servicios de cada uno de los siguientes o una combinación de los tres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeutas calificados • Terapeutas ocupacionales • Terapeutas del habla <p>Nota: solo cubrimos la terapia cuando un proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita la atención • Identifica las aptitudes profesionales específicas que necesita el paciente y la necesidad médica de servicios especializados • Indica durante cuánto tiempo se necesitan los servicios | <p>\$20 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> | <p>\$25 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> |

Servicios de habilitación (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Servicios de habilitación (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: Un fisioterapeuta puede enviar una derivación directamente a GlobalHealth para un máximo de 30 días de terapia. Su médico de atención primaria debe enviar una derivación para los servicios que se necesitan después de transcurridos los 30 días.</p> <p>Nota: solo cubrimos terapias cuando damos autorización previa al tratamiento, excepto por las evaluaciones realizadas por un fisioterapeuta con licencia. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>\$20 de copago por visita de paciente ambulatorio</p> | <p>\$25 de copago por visita como paciente ambulatorio</p> |
| Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento relacionado con enfermedad o lesión, que incluye la evaluación y las pruebas de audición de diagnóstico realizadas por un médico, médico en optometría o audiólogo <p>Nota: en el caso de pruebas de detección de audición de rutina realizadas durante una visita de atención preventiva del niño, consulte la sección 5(a), <i>Atención preventiva, niños</i>.</p> <p>Nota: solamente cubrimos los servicios de audición proporcionados por un especialista cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada por visita a un médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a un médico de atención primaria</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Audífonos externos <p>Nota: para los beneficios para los dispositivos, consulte la sección 5(a) <i>Dispositivos ortopédicos y prostéticos</i>.</p> <p>Nota: solamente cubrimos audífonos y dispositivos relacionados con la audición cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>20% de coseguro</p> | <p>30% de coseguro</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos implantados relacionados con la audición, como prótesis auditivas ancladas al hueso (BAHA) e implantes cocleares | <p>Nada</p> | <p>Nada</p> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---------------------------|--|
| Servicios de audición (pruebas, tratamiento y suministros) (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: para los beneficios para los dispositivos, consulte la sección 5(a) <i>Dispositivos ortopédicos y prostéticos</i>.</p> <p>Nota: solamente cubrimos audífonos y dispositivos relacionados con la audición cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | Nada | Nada |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de audición que no se muestran como cubiertos • Los servicios de audición para la pérdida auditiva relacionada con la edad | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Servicios de visión (pruebas, tratamiento y suministros) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Un par de anteojos o lentes de contacto para corregir una discapacidad provocada directamente por una lesión ocular accidental o cirugía intraocular (como cataratas)</p> <p>Nota: algunas características especiales como la polarización, las lentes progresivas, las lentes fotocromáticas y otras mejoras no están cubiertas.</p> | Nada | Nada |
| <p>Examen de la vista anual que incluye la refracción</p> <p>Nota: consulte <i>Atención preventiva, niños</i> para obtener información sobre exámenes de la vista para niños.</p> | \$40 de copago por visita | \$40 de copago por visita |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto, excepto como se muestra arriba • Ejercicios oculares y ortópticos • LASIK, INTACS, queratotomía radial y otra cirugía refractiva • Programas de computadora de cualquier tipo, incluso los que ayudan con la terapia de la vista, entre otros • Implante de lente intraocular multifocal especial | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| <p>Cuidado de los pies</p> <p>Cuidado de los pies de rutina cuando está bajo tratamiento activo por una enfermedad vascular metabólica o periférica, como la diabetes</p> <p>Nota: consulte la sección <i>Dispositivos ortopédicos y prostéticos</i> para obtener información sobre plantillas podiátricas.</p> <p>Nota: consulte la sección 5(b) para conocer nuestra cobertura para procedimientos quirúrgicos.</p> <p>Nota: solamente cubrimos el cuidado de los pies cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Opción alta</p> <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$20 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$25 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Corte, recorte o eliminación de callos, callosidades o el borde que sobresale de las uñas de los pies, así como tratamientos similares de rutina para las afecciones del pie, excepto lo indicado arriba • Tratamiento de pie débil, estirado o plano, juanetes o espolones; así como cualquier inestabilidad, desbalance o subluxación del pie (a menos que el tratamiento sea por medio de una cirugía abierta) | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| <p>Dispositivos ortopédicos y prostéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis de extremidades y ojos artificiales • Manga o media protésica • Prótesis para mama utilizada externamente y sostén quirúrgico, incluyen los reemplazos necesarios después de una mastectomía • Aparatos ortopédicos correctivos para tratamiento no dental del síndrome de disfunción por dolor de la articulación temporomandibular • Audífonos externos • Reemplazo, reparación y ajuste de dispositivos cubiertos <p>Nota: los audífonos se limitan a un (1) aparato por oído cada cuarenta y ocho (48) meses a menos que sea necesario reemplazarlo más a menudo desde el punto de vista médico. Para miembros menores de dos (2) años de edad, se pueden obtener cuatro (4) moldes de oído adicionales por año (dos por oído).</p> | <p>Opción alta</p> <p>20% de coseguro, con un costo máximo de \$200 por servicio</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>30% de coseguro</p> |

Dispositivos ortopédicos y prostéticos (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---------------------------|---|
| Dispositivos ortopédicos y prostéticos (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos implantados relacionados con la audición, como prótesis auditivas ancladas al hueso (BAHA) e implantes cocleares Dispositivos prostéticos internos, como articulaciones artificiales, marcapasos e implantes de mama implantados quirúrgicamente después de una mastectomía | Nada | Nada |
| <ul style="list-style-type: none"> Pelucas por pérdida de cabello debido al tratamiento contra el cáncer, limitado a una peluca sintética por año | \$15 de copago por peluca | \$15 de copago por peluca |
| <p>Nota: los dispositivos ortopédicos y prostéticos proporcionados por médicos y profesionales están incluidos en el copago del centro. Consulte la Sección 5(c).</p> <p>Nota: los zapatos y los aparatos ortopédicos están cubiertos solamente para casos de diabetes y otros miembros con diagnóstico relacionado con la enfermedad vascular periférica.</p> <p>Nota: solamente cubrimos dispositivos ortopédicos o protéticos cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente estos dispositivos, así como los servicios y suministros relacionados que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | | |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Zapatos ortopédicos y correctores (que no sean Denis Browne), soportes para arco, aparatos ortopédicos para pie, plantillas para talón y copas para talones Soportes lumbosacros Corsés, bragueros, medias elásticas, mangas de soporte y otros dispositivos de soporte Reemplazos prostéticos proporcionados menos de 3 años después del último que cubrimos Aparatos ortopédicos de venta libre Accesorios o suministros de audífonos (incluidos los controles remotos y los paquetes de garantía) Dispositivos prostéticos programados por computadora, bioeléctricos | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|-----------------|---|
| Equipo médico duradero (DME) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Cubrimos el alquiler o la compra de equipo médico duradero, a nuestro criterio, incluidos la reparación y el ajuste. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno y equipo de oxígeno • Equipo para diálisis • Camas para hospital • Silla de ruedas • Muletas • Andadores • Dispositivos para DOC (craneoplastia ortésica dinámica) cuando sea necesario desde el punto de vista médico • Dispositivos recetados de lectura audible • Dispositivos para generar el habla • Otros artículos que determinamos que sean DME, como medias de compresión únicamente para diagnóstico de linfedema <p>Nota: llámenos al 877-280-2989 en cuanto su médico del plan le recete este equipo. Coordinaremos con un proveedor de atención médica para alquilar o venderle equipo médico duradero a tarifas con descuento y le informaremos más acerca de este servicio cuando llame.</p> <p>Nota: solamente cubrimos equipo médico duradero cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente estos dispositivos, así como los servicios y suministros relacionados que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| <p>Suministros para diabéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitores de glucosa en sangre • Zapatos y aparatos ortopédicos • Bombas de insulina <p>Nota: los medicamentos y otros suministros para diabéticos, que incluyen agujas y jeringas desechables para la administración de medicamentos cubiertos, tiras reactivas y lancetas, están cubiertos con receta médica y forman parte de los beneficios de medicamentos recetados. Los monitores de glucosa en sangre están cubiertos en los beneficios de medicamentos recetados. Consulte la sección 5(f) <i>Beneficios de medicamentos recetados</i>.</p> | 20% de coseguro | 20% de coseguro |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|-------------------------|--|
| Equipo médico duradero (DME) (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: solamente cubrimos los suministros y equipos para diabéticos cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo para baño, como asientos para tina, bancos, rieles y elevadores • Modificaciones al hogar, como elevadores o rampas para sillas de ruedas • Elevadores, como asiento, silla o elevadores para camioneta • Asientos para automóvil • Sacaleches, excepto lo descrito en la página 31 • Equipo de comunicación, dispositivos y ayudas (incluye el equipo de computación), como tableros u otras ayudas de comunicación para ayudar a las personas con discapacidades de comunicación (excepto los dispositivos que generan habla, como se detalla a continuación) • Equipo para propósitos estéticos • Dispositivos o programas para eliminar la incontinencia urinaria • Cuidado de los pies de rutina, zapatos y plantillas, excepto el cuidado de pies necesario desde el punto de vista médico para aquellas personas con diagnóstico de diabetes o con enfermedad vascular periférica • Zapatos ortopédicos y correctores (que no sean Denis Browne) con férula para niños • Zapatos correctores, soportes de arco y dispositivos de ayuda para los pies • Colchones y otro tipo de ropa de cama o alarmas para incontinencia urinaria nocturna • Equipo o dispositivos no médicos, tales como soportes para uso recreativo o atlético, tapones para oídos, soportes elásticos, fajas o ligueros • Jacuzzi o bañeras de hidromasaje • Vehículos eléctricos que se pueden usar como sillas de ruedas | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| <p>Equipo médico duradero (DME) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compra o alquiler de equipo o suministros para uso doméstico común, a saber: equipo de acondicionamiento físico, mesas de tracción, aires acondicionados, purificadores de agua, máquinas para limpiar el aire o dispositivos de filtración, almohadas lumbares o cervicales, barras de agarre, asientos elevados para inodoro, bancas para ducha, camas o sillas • Vendajes, toallas sanitarias o pañales • Compresas calientes y frías | <p>Opción alta</p> <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| <p>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la salud en el hogar solicitado por un médico del plan y proporcionado por un RN (enfermero registrado) un LPN (enfermero profesional con licencia), un LVN (enfermero vocacional con licencia) o un asistente de cuidado de la salud en el hogar • Los servicios incluyen terapia de oxígeno, terapia intravenosa y medicaciones <p>Nota: solamente cubrimos el cuidado de la salud en el hogar cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Opción alta</p> <p>Nada</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Nada</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de enfermería solicitada por el paciente o la familia del paciente, o para la conveniencia de estos • Salud en el hogar principalmente para asistencia personal que no incluya un componente médico y no es de diagnóstico, terapéutica ni de rehabilitación • Atención de enfermería de tiempo completo • Atención de apoyo • Servicios de ama de casa • Comidas enviadas al hogar • Cargos hechos por parientes inmediatos o miembros de su hogar | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---|---|
| Quiropráctico | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> Manipulación de la columna vertebral y extremidades <p><i>Procedimientos complementarios como ultrasonido, estimulación muscular eléctrica, terapia de vibración y aplicación de compresas frías</i></p> <p>Nota: los servicios quiroprácticos se limitan a 20 visitas por año calendario.</p> | \$20 de copago por visita al consultorio | \$25 de copago por visita al consultorio (sin deducible) |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cualquier servicio no detallado específicamente como cubierto | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Tratamientos alternativos | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| Sin beneficio. | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Clases y programas educativos | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>La cobertura se proporciona para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas para dejar el tabaco, incluidos el asesoramiento individual, grupal o por teléfono, medicamentos de venta libre (OTC) y recetados aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco. Consulte la sección 5(f) para conocer la cobertura de medicamentos para dejar el tabaco y para dejar de fumar. | <p>Nada para el asesoramiento para dejar de fumar hasta dos intentos por año</p> <p>Nada para medicamentos de venta libre y de venta con receta aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco</p> | <p>Nada para el asesoramiento para dejar de fumar hasta dos intentos por año (sin deducible)</p> <p>Nada para medicamentos de venta libre y de venta con receta aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco (sin deducible)</p> |

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

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los médicos del plan deben proporcionarle o procurar su atención.
- El deducible por año calendario para la opción estándar es el siguiente: \$300 por persona (\$600 por inscripción para una persona más un beneficiario adherente o \$600 por inscripción para una persona y la familia). El deducible por año calendario se aplica a algunos de los beneficios que se describen en esta sección. Agregamos “(sin deducible)” para indicar en qué casos no se aplica el deducible por año calendario. La opción alta no tiene deducibles.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.
- Los servicios que se detallan a continuación corresponden a los cargos facturados por un médico u otro profesional de atención médica para su atención quirúrgica. Consulte la sección 5(c) para conocer los cargos asociados con el centro (es decir, el hospital, el centro quirúrgico, etc.). Los servicios profesionales están incluidos en el copago del centro.
- La facturación de saldos ocurre cuando un proveedor le factura al miembro la diferencia entre su cobro facturado y el monto total que el proveedor recibió del costo compartido del miembro y del reembolso contratado o usual y acostumbrado de GlobalHealth. Es posible que los proveedores dentro de la red no le facturen a usted; sin embargo, es posible que los proveedores fuera de la red lo hagan. Usted es responsable de pagar la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado.
- **SU MÉDICO DEBE OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.** Consulte la información sobre certificación previa que se muestra en la sección 3 para estar seguro de cuáles servicios y cirugías requieren certificación previa.

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Nota: el deducible por año calendario se aplica a algunos de los beneficios de la opción estándar que se describen en esta sección. Indicamos “(sin deducible)” cuando no se aplica. | | |
| Procedimientos quirúrgicos | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Una amplia gama de servicios, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas, que incluye los yesos • Atención normal pre- y posoperatoria por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Procedimientos de endoscopia • Procedimientos de biopsia • Eliminación de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (consulte • Cirugía reconstructiva) • Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida (visite www.GlobalHealth.com/fehb para conocer los criterios) Inserción de dispositivos prostéticos internos. Consulte la sección 5(a) Dispositivos ortopédicos y prostéticos para obtener información sobre la cobertura de dispositivos | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |

Procedimientos quirúrgicos (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--|--|
| <p>Procedimientos quirúrgicos (continuación)</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización voluntaria (p. ej., ligadura de trompas, vasectomía) • Tratamiento de quemaduras • Inyecciones • Circuncisión de un recién nacido después de la estancia de rutina del recién nacido <p>Nota: generalmente, pagamos prótesis internas (dispositivos) según dónde se realiza el procedimiento. Por ejemplo, pagamos beneficios del hospital para un marcapasos y beneficios de cirugía para la inserción de un marcapasos.</p> <p>Nota: solamente cubrimos procedimientos quirúrgicos cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente estos procedimientos, junto con los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de esterilización voluntaria • Tratamiento de rutina de las afecciones del pie (consulte la sección <i>Cuidado de los pies</i>) • Cirugía estética • LASIK, INTACS, queratotomía radial y otra cirugía refractiva • Cirugías para corregir anomalías congénitas, a menos que sea un déficit funcional • Cargos por fotografías para documentar las afecciones físicas • Los procedimientos de mejora voluntaria o electiva que incluyen, entre otros, crecimiento del cabello, rendimiento atlético y antienvjecimiento | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| <p>Cirugía reconstructiva</p> | <p>Opción alta</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una afección ocasionada por una lesión o enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> – si la afección produjo un efecto grave en la apariencia del miembro – si se puede esperar razonablemente a que la cirugía corrija la afección | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |

Cirugía reconstructiva (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Cirugía reconstructiva (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir una afección que existía antes del nacimiento o a partir de este, y que es una desviación significativa de la forma o norma común. Ejemplos de anomalías congénitas: deformidades prominentes de la oreja, labio leporino, paladar hendido, marcas de nacimiento y dedos palmeados • Todas las etapas de cirugía de reconstrucción de mama después de una mastectomía, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Cirugía para producir una apariencia simétrica de los pechos – Tratamiento de cualquier complicación física, como linfedemas – Prótesis mamarias, sostén quirúrgico y reemplazos (consulte la sección <i>Dispositivos ortopédicos y prostéticos</i>) • Cirugía de reasignación de sexo, que se limita a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Mastectomía – Histerectomía <p>Nota: si necesita una mastectomía, puede elegir someterse al procedimiento como paciente hospitalizado y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento. Puede permanecer como un paciente hospitalizado hasta por 24 horas después de una disección de nodo linfático.</p> <p>Nota: solamente cubrimos cirugía reconstructiva cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente la cirugía, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética: cualquier procedimiento quirúrgico (o cualquier parte de un procedimiento) realizado principalmente para mejorar la apariencia física por medio del cambio en forma corporal, excepto la reparación de lesiones accidentales, necesarias por una anomalía congénita o después de una mastectomía • Procedimientos quirúrgicos relacionados con la reasignación de sexo que no se mencionaron anteriormente | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| <p>Cirugía maxilofacial y bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos bucales, limitados a lo siguiente: • Reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales • Corrección quirúrgica del labio hendido, paladar hendido o una maloclusión funcional grave • Extracción de cálculos de los conductos salivales • Escisión de leucoplasia o malignidades • Escisión de quistes e incisión de abscesos cuando se hacen como procedimientos independientes • La cirugía ortognática está cubierta solo cuando es necesaria desde el punto de vista médico (por ejemplo, la maloclusión produce una incapacidad significativa de funcionamiento) • Otros procedimientos quirúrgicos que no incluyen dientes o sus estructuras de soporte <p>Nota: solamente cubrimos cirugía maxilofacial y oral cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente la cirugía, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Opción alta</p> <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Nada por visita a su médico de atención primaria (sin deducible)</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista (sin deducible)</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes y trasplantes bucales • Procedimientos que involucran los dientes o sus estructuras de apoyo (tales como la membrana periodontal, la encía y el hueso alveolar) • Atención de ortodoncia antes, durante o después de la cirugía, excepto en el caso de la atención relacionada con el paladar hendido | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| <p>Trasplantes de órganos o tejidos</p> <p>Estos trasplantes de vísceras macizas están cubiertos. El plan se asegura de que estos trasplantes de vísceras macizas se realicen por necesidad médica y lleva a cabo una revisión experimental o de investigación. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17. Los trasplantes de órganos sólidos se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplante alogénico de islotes • Trasplante autógeno de células de los islotes del páncreas (como un adjunto a la pancreatometomía total o casi total) solo para pacientes con pancreatitis crónica | <p>Opción alta</p> <p>Nada</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Nada</p> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|-------------|---|
| Trasplantes de órganos o tejidos (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Córnea • Corazón • Corazón o pulmones • Trasplantes de intestinos <ul style="list-style-type: none"> – Intestino delgado solo – Intestino delgado más hígado – Intestino delgado más diferentes órganos, como el hígado, el estómago y el páncreas • Riñón • Riñón o páncreas • Hígado • Pulmón: solo, bilateral, lobular • Páncreas <p>El plan revisa que estos trasplantes en tándem de sangre o de células madre de la médula ósea para trasplantes cubiertos se realicen por necesidad médica. Consulte <i>Otros servicios</i> en la sección 3 para conocer los procedimientos que requieren autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autógenos en tándem para tratar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Amiloidosis AL – Mieloma múltiple (de nueva aparición y tratado) – Tumor de células germinales recurrente (incluye cáncer testicular) | Nada | Nada |
| <p>Trasplantes de sangre o células madre de la médula ósea</p> <p>El plan extiende la cobertura para incluir los diagnósticos que se indican a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alotrasplantes para las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia aguda linfocítica o no linfocítica (es decir, mielógena) – Leucemia mieloide aguda – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) – MPD (trastornos mieloproliferativos avanzados) – Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) – Amiloidosis – CLL/SLL (leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño) – Hemoglobinopatía | Nada | Nada |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|-------------|---|
| Trasplantes de órganos o tejidos (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> - Falla de médula espinal y trastornos relacionados (es decir, anemia de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna, aplasia eritrocitaria pura) - Mucopolisacaridosis (p. ej., síndrome de Hunter, síndrome de Hurler, síndrome de Sanfilippo, variantes del síndrome de Maroteaux-Lamy) - Síndromes de mielodisplasia/mielodisplásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna - Enfermedades por alteración de las células fagocitarias o por deficiencia hemofagocítica (p. ej., síndrome de Wiskott-Aldrich) - Inmunodeficiencia combinada grave - Anemia aplásica grave o muy grave • Trasplantes autógenos para las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia aguda linfocítica o no linfocítica (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Linfomas agresivos no hodgkinianos (linfoma de células del manto, leucemia/linfoma de células T del adulto, linfoma de células T periféricas y neoplasia agresiva de células dendríticas) - Amiloidosis - Cáncer de seno - Rabdomiosarcoma infantil - Cáncer de ovario epitelial - Sarcoma de Ewing - Células del manto (linfoma no hodgkiniano) - Mieloma múltiple - Neuroblastoma - Tumores de células germinales testiculares, mediastínicos, retroperitoneales y ováricos <p>Nota: solamente cubrimos trasplantes cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente la cirugía, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Nada</p> | <p>Nada</p> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|-------------|---|
| Trasplantes de órganos o tejidos (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>El plan revisa que los minitrasplantes realizados en un entorno de ensayo clínico (no mieloablativo, RIC [condicionamiento de intensidad reducido]) se realicen por necesidad médica cuando un miembro tiene uno de los siguientes diagnósticos.</p> <p>Consulte <i>Otros servicios</i> en la sección 3 para conocer los procedimientos que requieren autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alotrasplantes para las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia aguda linfocítica o no linfocítica (es decir, mielógena) – Leucemia mieloide aguda – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) – MPD (trastornos mieloproliferativos avanzados) – Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) – Amiloidosis – CLL/SLL (leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño) – Hemoglobinopatías – Falla de médula espinal y trastornos relacionados (es decir, anemia de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna, aplasia eritrocitaria pura) – Síndromes de mielodisplasia/mielodisplásicos – Hemoglobinuria paroxística nocturna – Inmunodeficiencia combinada grave – Anemia aplásica grave o muy grave – Trasplantes autógenos para las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> – Leucemia aguda linfocítica o no linfocítica (es decir, mielógena) – Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) – Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) – Amiloidosis – Neuroblastoma <p>Estos trasplantes de sangre o de células madre están cubiertos únicamente cuando forman parte de un ensayo clínico aprobado del National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer), de los National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud) o de un centro de excelencia designado por el plan y solo si está aprobado por el director médico del plan de acuerdo con los protocolos del plan.</p> | <p>Nada</p> | <p>Nada</p> |

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

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Trasplantes de órganos o tejidos (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Si usted está participando en un ensayo clínico, el plan le proporcionará beneficios para atención de rutina relacionada que sea médicamente necesaria (como visitas al médico, pruebas de laboratorio, rayos X y exploraciones, así como hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la afección del paciente) si no lo proporciona el ensayo clínico. La sección 9 tiene información adicional sobre los costos relacionados con ensayos clínicos. Le invitamos a que se comunique con el plan para discutir los servicios específicos si usted participa en un ensayo clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autógenos para las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> – Tipos de cáncer infantil de riñón avanzado – Sarcoma de Ewing avanzado – Rabdomyosarcoma infantil – Cáncer de ovario epitelial – Células del manto (linfoma no hodgkiniano) <p>Nota: solamente cubrimos trasplantes cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente la cirugía, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | Nada | Nada |
| <p>Nota: Cubrimos gastos médicos y hospitalarios del donante cuando cubrimos al receptor. Cubrimos análisis del donante para el donante de vísceras macizas o hasta cuatro donantes de trasplante de médula ósea o de células madre, además de los análisis de los miembros de la familia.</p> | | |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de detección para el donante y gastos de investigación del donante, excepto lo indicado anteriormente • Implantes de órganos artificiales o no humanos • Trasplantes no detallados como cubiertos • Alojamiento, alimentación y transporte (donante o receptor) | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Anestesia | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Servicios profesionales proporcionados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento de pacientes ambulatorios de un hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Consultorio | <p>Nada</p> <p>Nota: cuando el anestesiólogo es el único proveedor de servicios, como en casos de manejo del dolor, se aplica el copago para especialista.</p> | <p>Nada</p> <p>Nota: cuando el anestesiólogo es el único proveedor de servicios, como en casos de manejo del dolor, se aplica el copago para especialista.</p> |

Opciones alta y estándar

Anestesia (continúa en la siguiente página)

Opciones alta y estándar

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|---|---|
| Anestesia (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: consulte la sección 5(c) para conocer los servicios de anestesia proporcionados en un centro.</p> | <p>Nada</p> <p>Nota: cuando el anesthesiólogo es el único proveedor de servicios, como en casos de manejo del dolor, se aplica el copago para especialista.</p> | <p>Nada</p> <p>Nota: cuando el anesthesiólogo es el único proveedor de servicios, como en casos de manejo del dolor, se aplica el copago para especialista.</p> |

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

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los médicos del plan deben proporcionarle atención o procurar que se le proporcione y usted debe estar hospitalizado en un centro dentro de la red.
- El deducible por año calendario para la opción estándar es el siguiente: \$300 por persona (\$600 por inscripción para una persona más un beneficiario adherente o \$600 por inscripción para una persona y la familia). El deducible por año calendario se aplica a la mayoría de los beneficios que se describen en esta sección. Agregamos “(sin deducible)” para indicar en qué casos no se aplica el deducible por año calendario. La opción alta no tiene deducibles.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.
- Los montos detallados a continuación son para los cargos facturados por el centro (es decir, hospital o centro quirúrgico) o servicio de ambulancia para su cirugía o atención. Todo costo asociado con el cargo profesional (es decir, médicos, etc.) está incluido.
- **SU MÉDICO DEBE OBTENER CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.** Consulte la información sobre certificación previa que se muestra en la sección 3 para estar seguro de cuáles servicios y cirugías requieren certificación previa.

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|---|
| <p>Nota: el deducible por año calendario se aplica a algunos de los beneficios de la opción estándar que se describen en esta sección. Indicamos “(sin deducible)” cuando no se aplica.</p> | | |
| Hospital para pacientes hospitalizados | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Habitación y comidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptaciones para sala hospitalaria, semiprivada o cuidados intensivos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>Nota: si desea una habitación privada cuando no sea necesario desde el punto de vista médico, usted pagará el cargo adicional que exceda la tarifa de habitación semiprivada.</p> | <p>Atención por maternidad: \$250 de copago por admisión</p> <p>Todas las demás estancias: \$250 de copago por día hasta un máximo de \$750 de copago por admisión</p> | <p>Atención por maternidad: \$300 de copago por día hasta un máximo de \$900 de copago por admisión</p> <p>Todas las demás estancias: \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,500 de copago por admisión</p> |
| <p>Otros servicios y suministros del hospital, tales como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quirófanos y salas de recuperación, maternidad y para otros tratamientos • Fármacos y medicamentos recetados • Análisis de laboratorio de diagnóstico, rayos X y servicios de patología • Tomografías especializadas, exámenes de diagnóstico por imágenes y pruebas de diagnóstico | <p>Nada</p> | <p>Nada</p> |

Pacientes hospitalizados (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Pacientes hospitalizados (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia, radiación, diálisis renal y terapia de infusión • Administración de sangre, plasma y otros productos biológicos • Servicios de vendajes, entablillados, yesos y bandejas estériles • Suministros y equipo médico (incluye oxígeno) • Anestesia (incluye servicios de enfermería anestesista) • Artículos para llevar al hogar • Suministros médicos, aparatos, equipo médico y cualquier artículo cubierto facturado por un hospital para su uso en el hogar | Nada | Nada |
| <p>Nota: Solo cubrimos hospitalización cuando autorizamos previamente el tratamiento, excepto para estancias relacionadas con el parto o emergencias. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | | |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de apoyo • Instalaciones no cubiertas, como hogares de ancianos, escuelas • Artículos para comodidad personal, como teléfono, televisor, servicios de barbería, comidas y camas para los invitados • Atención de enfermería privada | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Salas de operación, recuperación y para otros tratamientos • Fármacos y medicamentos recetados • Análisis de laboratorio de diagnóstico, rayos X y servicios de patología • Administración de sangre, plasma y otros productos biológicos • Sangre y plasma, si no se dona ni se reemplaza • Pruebas previas a la cirugía • Servicios de vendajes, yesos y bandejas estériles • Suministros médicos (incluye oxígeno) • Servicios de anestesia y anestésicos • Servicios quirúrgicos del médico | <p>Centro preferido: \$250 de copago</p> <p>Centro no preferido: \$750 de copago</p> | <p>Centro preferido: \$500 de copago</p> <p>Centro no preferido: \$1,000 de copago</p> |

Hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| <p>Hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y terapia de radiación • Terapia de infusión intravenosa • Diálisis renal • Visitas a un centro preferido o no preferido para servicios de tratamiento que no son de emergencia <p>Nota: solamente cubrimos servicios para pacientes ambulatorios cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>Opción alta</p> <p>Centro preferido: \$250 de copago</p> <p>Centro no preferido: \$750 de copago</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>Centro preferido: \$500 de copago</p> <p>Centro no preferido: \$1,000 de copago</p> |
| <p>Beneficios de atención prolongada o beneficios de centros de enfermería especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio de atención prolongada • Centro de enfermería especializada <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación y comidas • Servicios de médicos • Atención general de enfermería • Comidas y dietas especiales • Fármacos y medicamentos recetados • Análisis de laboratorio de diagnóstico, rayos X y servicios de patología • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de vendajes, entablillados, yesos y bandejas estériles • Suministros y equipo médico (incluye oxígeno) • Anestesia (incluye servicios de enfermería anestesista) • Artículos para llevar al hogar • Suministros médicos, aparatos, equipo médico y todo artículo cubierto durante la admisión en un centro de enfermería especializada <p>Nota: solo cubrimos atención prolongada o enfermería especializada cuando autorizamos previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita</i></p> | <p>Opción alta</p> <p>\$250 de copago por admisión</p> | <p>Opción estándar después del deducible por año calendario...</p> <p>\$500 de copago por admisión</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <i>aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios en la página 17.</i> | | |
|---|--|--|

Beneficios de atención prolongada o beneficios de centros de enfermería especializada (continúa en la siguiente página)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|---|--|
| Beneficios de atención prolongada o beneficios de centros de enfermería especializada (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <i>No está cubierto:</i> <ul style="list-style-type: none"> Atención de apoyo | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Cuidados paliativos | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>La atención de apoyo y cuidados paliativos en casa o en un asilo para miembros que han sido diagnosticados con enfermedades terminales está cubierta cuando la ordena un proveedor del plan quien certifica que el paciente se encuentra en las fases terminales de la enfermedad, con una expectativa de vida de aproximadamente seis meses o menos.</p> <p>Nota: solamente cubrimos cuidados paliativos cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | Nada | Nada |
| <i>No está cubierto:</i> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de enfermería independientes, servicios de asistencia con las tareas del hogar | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |
| Cuidado para el final de la vida | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>La planificación avanzada de la atención comprende varios pasos pensados para ayudar a las personas a 1) conocer las opciones de atención médica que están disponibles para el cuidado para el final de la vida; 2) determinar qué tipos de atención se adaptan mejor a sus deseos personales; y 3) compartir sus deseos con los familiares, los amigos y los médicos. En algunos casos, es posible que los pacientes que ya consideraron sus opciones necesiten una sola conversación con su médico sobre la planificación avanzada de la atención. En otros casos, es posible que los pacientes necesiten una serie de conversaciones con su médico o con otros profesionales de la salud para comprender con claridad y definir sus deseos para el final de la vida.</p> | Nada por visita a su médico de atención primaria \$35 de copago por visita a un especialista Nada para los servicios para pacientes hospitalizados Nada por beneficios de atención prolongada/ servicios de atención de enfermería especializada | Nada por visita a su médico de atención primaria \$45 de copago por visita a un especialista Nada para los servicios para pacientes hospitalizados Nada por beneficios de atención prolongada o servicios de atención de enfermería especializada |
| Ambulancia | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| Servicio profesional de ambulancia local cuando es apropiado desde el punto de vista médico | \$50 de copago | \$75 de copago |

Ambulancia (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|-------------------------|--|
| Ambulancia (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: La ambulancia aérea al centro más cercano en donde esté disponible el tratamiento necesario está cubierta si no se cuenta con transporte terrestre de emergencia o no es adecuado, y la condición del paciente justifica la evacuación inmediata. La ambulancia aérea no estará cubierta si el transporte es más allá del centro más cercano disponible y adecuado, pero el paciente o el médico lo solicitan para la continuidad de la atención u otras razones.</p> <p>Nota: Solamente cubrimos el servicio de ambulancia que no es de emergencia cuando lo hemos autorizado previamente. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios en Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | \$50 de copago | \$75 de copago |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la furgoneta para sillas de ruedas y servicios de la furgoneta para camillas • Ambulancia y cualquier otro medio de transporte hacia o desde los servicios que incluyen, pero no se limitan a las citas del médico, diálisis o pruebas de diagnóstico no relacionados con la atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados • Ambulancia aérea cuando el paciente no requiere la asistencia de personal capacitado médicamente y que puede trasladarse o transportarse de manera segura por otro medio | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- El deducible por año calendario para la opción estándar es el siguiente: \$300 por persona (\$600 por inscripción para una persona más un beneficiario adherente o \$600 por inscripción para una persona y la familia). El deducible por año calendario se aplica a la mayoría de los beneficios que se describen en esta sección. Agregamos “(sin deducible)” para indicar en qué casos no se aplica el deducible por año calendario. La opción alta no tiene deducibles.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.
- La facturación de saldos ocurre cuando un proveedor le factura al miembro la diferencia entre su cobro facturado y el monto total que el proveedor recibió del costo compartido del miembro y del reembolso contratado o usual y acostumbrado de GlobalHealth. Es posible que los proveedores dentro de la red no le facturen a usted; sin embargo, es posible que los proveedores fuera de la red lo hagan. Usted es responsable de pagar la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado.

¿Qué es una lesión accidental?

Una lesión accidental es una lesión ocasionada por una fuerza o un elemento externo, como un golpe o una caída y que requiere atención médica inmediata, incluidos mordidas de animales y envenenamientos.

Si usted tiene un accidente

Si usted tiene un accidente y está fuera del área de servicio o no tiene control sobre a dónde lo llevan después del accidente, debe notificar a su médico de atención primaria en las siguientes 48 horas, a menos que no le sea razonablemente posible hacerlo. Hay un médico de guardia las 24 horas al día para recibir su llamada al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es el comienzo repentino e inesperado de una afección o de una lesión que usted considera que pone en peligro su vida o que podría provocar una lesión grave o una discapacidad y que requiere atención médica o quirúrgica inmediata. Algunos problemas son emergencias porque, si no se tratan inmediatamente, podrían llegar a ser más graves. Algunos ejemplos incluyen cortes profundos y huesos quebrados. Otros son emergencias porque pueden poner en riesgo la vida, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, heridas por armas o incapacidad repentina para respirar. Existen muchas otras afecciones agudas que podemos determinar como emergencias médicas, lo que todas ellas tienen en común es la necesidad de acción rápida.

Qué hacer en caso de una emergencia:

1. Vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.
2. Identifíquese como un miembro de GlobalHealth al mostrar su tarjeta de identificación.
3. Llame al consultorio de su médico de atención primaria en las siguientes 48 horas, a menos que no le sea razonablemente posible hacerlo. Haga saber a su médico que usted ha sido tratado en una sala de emergencias. Recuerde que la afección debe ser una verdadera emergencia.
4. Si lo admiten en un hospital fuera de la red, el médico que lo trata o GlobalHealth pueden coordinar para trasladarlo a un hospital contratado.
5. Si necesita atención preventiva, de rutina o de seguimiento después de haber sido tratado en una sala de emergencias, la atención debe ser arreglada o proporcionada por su médico de atención primaria.

Atención de urgencia dentro de nuestra área de servicio

La atención de urgencia se define como la atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir la atención en una sala de emergencias.

Los centros de atención de urgencia no sustituyen a su PCP. Su PCP debe ser su primer contacto siempre que necesite atención médica que no sea de emergencia. Si realmente necesita acudir a un centro de atención de urgencia, es buena idea hacer que le envíen los resultados de cualquier examen o prueba de diagnóstico a su PCP, junto con una lista de los medicamentos recetados nuevos. Eso ayuda a mantener la continuación del cuidado.

La atención de urgencia es un beneficio cubierto, sujeto a copagos programados. *El uso de la sala de emergencias para servicios de atención de urgencia que no esté autorizado previamente por su médico de atención primaria no será cubierto.*

1. Si necesita atención médica de urgencia, llame al consultorio de su médico de atención primaria e informe que usted es miembro de GlobalHealth.
2. Informe a su médico de atención primaria o al personal del consultorio que tiene un problema médico urgente y que necesita asistencia, y describa su afección o los síntomas que tiene.
3. Durante el horario hábil, su llamada se trasladará a su médico de atención primaria o a una persona del personal médico, quien le dará instrucciones.
4. Después del horario de atención, tiene dos opciones:
 - Llame al número de teléfono de su médico de atención primaria, que está impreso en su tarjeta de identificación de miembro. El servicio de respuesta de su médico de atención primaria registrará su nombre y su número de teléfono. Su médico de atención primaria le devolverá la llamada. En ese momento, le darán instrucciones médicas, las cuales pueden incluir que se dirija a un centro de atención de urgencia.
 - Puede referirse por su cuenta a un centro de atención de urgencia dentro de la red. Para obtener una lista de centros, consulte el Directorio de médicos y proveedores de salud de GlobalHealth, que también está disponible en línea en www.GlobalHealth.com/fehb.
5. Toda la atención de seguimiento debe ser aprobada o coordinada a través de su médico de atención primaria.

Atención de urgencia fuera de nuestra área de servicio

Si usted está de viaje fuera de Oklahoma, pero dentro de los EE. UU., y requiere atención de urgencia que no puede esperar hasta su regreso al área de servicio de GlobalHealth, comuníquese con su médico de atención primaria para obtener asesoramiento médico e instrucciones, o autoderívese a un centro de atención de urgencia.

Toda la atención de seguimiento debe ser proporcionada o coordinada a través de su médico de atención primaria.

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---|---|
| Nota: El deducible por año calendario se aplica a la mayoría de los beneficios de la opción estándar que se describen en esta sección. Indicamos “(sin deducible)” cuando no se aplica. | | |
| Emergencia dentro de nuestra área de servicio | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| Atención médica de emergencia o para lesión accidental <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia en el consultorio del médico • Atención de emergencia en un centro de atención de urgencia • Atención de emergencia como paciente ambulatorio en un hospital, incluidos los servicios de los médicos Nota: No aplicaremos el copago de ER si se lo admite en el hospital. | Nada por visita a su médico de atención primaria \$35 de copago por visita a un especialista \$25 de copago por visita a un centro de atención de urgencia \$250 de copago por visita a la sala de emergencias | Nada por visita a su médico de atención primaria \$45 de copago por visita a un especialista \$45 de copago por visita a un centro de atención de urgencia \$300 de copago por visita a la sala de emergencias |
| <i>No está cubierto:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Atención electiva o atención que no sea de emergencia | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

Opciones alta y estándar

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--|--|
| Emergencia fuera de nuestra área de servicio | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Atención médica de emergencia o para lesión accidental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia en el consultorio del médico • Atención de emergencia en un centro de atención de urgencia • Atención de emergencia como paciente ambulatorio en un hospital, incluidos los servicios de los médicos <p>Nota: No aplicaremos el copago de ER si se lo admite en el hospital.</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$35 de copago por visita a un especialista</p> <p>\$25 de copago por visita a un centro de atención de urgencia</p> <p>\$250 de copago por visita a la sala de emergencias</p> | <p>Nada por visita a su médico de atención primaria</p> <p>\$45 de copago por visita a un especialista</p> <p>\$45 de copago por visita a un centro de atención de urgencia</p> <p>\$300 de copago por visita a la sala de emergencias</p> |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención electiva o atención que no sea de emergencia y atención de seguimiento recomendada por proveedores ajenos al plan que no haya sido aprobada por el plan o proporcionada por los proveedores del plan • Atención de emergencia proporcionada fuera del área de servicio si la necesidad de atención podría haberse previsto antes de dejar el área de servicio • Costos médicos y del hospital en los que se incurra por un parto normal a término de un bebé fuera del área de servicio, cuando hay tiempo suficiente para un traslado a un hospital de la red, y el traslado no representa una amenaza para la salud de la madre o del feto • Atención de urgencia fuera de los EE. UU. (los 50 estados y el Distrito de Columbia) | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |
| Ambulancia | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Servicio de ambulancia profesional, incluida la ambulancia aérea, cuando sea apropiado desde el punto de vista médico</p> <p>Nota: La ambulancia aérea al centro más cercano en donde esté disponible el tratamiento necesario está cubierta si no se cuenta con transporte terrestre de emergencia o no es adecuado, y la condición del paciente justifica la evacuación inmediata. La ambulancia aérea no estará cubierta si el transporte es más allá del centro más cercano disponible y adecuado, pero el paciente o el médico lo solicitan para la continuidad de la atención u otras razones.</p> <p>Nota: Consulte la sección 5(c) para conocer el servicio que no es de emergencia.</p> | <p>\$50 de copago</p> | <p>\$75 de copago</p> |

Ambulancia (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--------------------------------|--|
| Ambulancia (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p><i>No está 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 capacitado médicamente y que puede trasladarse o transportarse de manera segura por otro medio • Servicios de la furgoneta para sillas de ruedas y servicios de la furgoneta para camillas • Cualquier medio de transporte hacia los servicios que no son de emergencia o desde estos (como citas con el médico) | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |

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

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los médicos del plan proporcionan o coordinan la atención.
- El deducible por año calendario para la opción estándar es el siguiente: \$300 por persona (\$600 por inscripción para una persona más un beneficiario adherente o \$600 por inscripción para una persona y la familia). El deducible por año calendario se aplica a la mayoría de los beneficios que se describen en esta sección. Agregamos “(sin deducible)” para indicar en qué casos no se aplica el deducible por año calendario. La opción alta no tiene deducibles.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.
- Le proporcionaremos criterios o razones para revisión médica para las denegaciones a los afiliados, miembros o proveedores a solicitud o en otros casos en que se requiera.
- La facturación de saldos ocurre cuando un proveedor le factura al miembro la diferencia entre su cobro facturado y el monto total que el proveedor recibió del costo compartido del miembro y del reembolso contratado o usual y acostumbrado de GlobalHealth. Es posible que los proveedores dentro de la red no le facturen a usted; sin embargo, es posible que los proveedores fuera de la red lo hagan. Usted es responsable de pagar la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado.

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|--|--|
| <p>Nota: El deducible por año calendario se aplica a la mayoría de los beneficios de la opción estándar que se describen en esta sección. Indicamos “(sin deducible)” cuando no se aplica.</p> | | |
| Servicios profesionales | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Cubrimos servicios profesionales por parte de profesionales certificados especializados en tratamientos de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, cuando actúan dentro del ámbito de su licencia, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, asesores profesionales certificados o terapeutas matrimoniales y familiares.</p> | <p>Sus responsabilidades en relación con los costos compartidos no son mayores que aquellas por otras enfermedades o afecciones.</p> | <p>Sus responsabilidades en relación con los costos compartidos no son mayores que aquellas por otras enfermedades o afecciones.</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 • Evaluación y administración de medicamentos (farmacoterapia) • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas necesarias para determinar el tratamiento psiquiátrico apropiado • Tratamiento y asesoramiento (incluidas visitas de terapia individual o en grupo) | <p>Nada</p> | <p>Nada (sin deducible)</p> |

Servicios profesionales (continúa en la siguiente página)

Opciones alta y estándar

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|---|---|
| Servicios profesionales (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de alcoholismo y consumo de drogas, lo que incluye desintoxicación, tratamiento y asesoramiento • Terapia electroconvulsiva • Cargos profesionales por tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en el consultorio de un proveedor u otro establecimiento profesional | Nada | Nada (sin deducible) |
| Diagnóstico | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios administradas y facturadas por un profesional certificado en salud mental y en el tratamiento por consumo de sustancias • Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios administradas y facturadas por un laboratorio, hospital u otro centro cubierto • Pruebas de diagnóstico para pacientes hospitalizados administradas y facturadas por un hospital u otro centro cubierto | Nada | Nada (sin deducible) |
| Hospital u otro centro cubierto para pacientes hospitalizados | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Servicios para pacientes hospitalizados administrados y facturados por un hospital u otro centro cubierto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación y comidas, como alojamiento semiprivado o intensivo, atención de enfermería en general, comidas y dietas especiales, así como otros servicios del hospital <p>Nota: Solamente cubrimos la hospitalización cuando hemos autorizado previamente el tratamiento, excepto en casos de emergencia. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | \$250 de copago por día hasta un máximo de \$750 de copago por admisión | \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,500 de copago por admisión |
| Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios | | |
| <p>Servicios para pacientes ambulatorios administrados y facturados por un hospital u otro centro cubierto</p> <p>Servicios en programas de tratamiento aprobados, como hospitalización parcial, centro de reinserción social, tratamiento residencial, hospitalización de todo el día o tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios en el centro</p> | \$250 de copago por admisión | \$500 de copago por admisión |

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

Opciones alta y estándar

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|-------------------------------------|--|
| Hospital u otro centro cubierto para pacientes ambulatorios (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Nota: Solamente cubrimos servicios de centro para pacientes ambulatorios cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Únicamente cubriremos estos servicios, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | <p>\$250 de copago por admisión</p> | <p>\$500 de copago por admisión</p> |

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Cubrimos los medicamentos y medicamentos recetados según se describe en la tabla que comienza en la página 68.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los miembros deben asegurarse de que sus médicos obtengan aprobación/autorizaciones previas para ciertos suministros y medicamentos recetados antes de que se aplique la cobertura. La aprobación/autorizaciones previas se deben renovar periódicamente. Consulte la sección *Otros servicios* en *Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios* en la página 17.
- Las leyes federales no permiten que la farmacia acepte medicamentos no utilizados.
- Asegúrese de leer la sección 4, Sus costos para servicios cubiertos, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.

Hay características importantes que debería conocer. Estas incluyen:

- **Quién puede escribir su receta médica.** Un médico o un dentista con licencia, y en estados donde se permita, un asistente médico con licencia o certificado, un profesional de enfermería y un psicólogo deben recetar su medicamento. En este plan, un proveedor o un médico de la red deben escribir la receta. Las únicas excepciones se limitan a lo siguiente:
 - Médicos de atención de urgencia o de la sala de emergencias.
 - Proveedores fuera de la red cuando el miembro tiene una autorización previa para consultar a ese proveedor.
 - Dentistas.
- **Dónde puede obtenerlas.** Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red o por correo.
 - Visite www.GlobalHealth.com/fehb para ver una lista de las farmacias de la red.
 - Hay una excepción para emergencias médicas y atención de urgencia necesaria. Si se trata de una emergencia médica o atención de urgencia necesaria, cubrimos recetas médicas que reciba de médicos que no sean proveedores del plan y recetas que sean surtidas en farmacias que no sean del plan.
 - No todos los medicamentos se pueden surtir en una farmacia de pedidos por correo. Los medicamentos para la atención aguda a corto plazo, como antibióticos o medicamentos para dolores agudos, se deben obtener de inmediato, y es más apropiado si se obtienen en una farmacia local. Las farmacias con entrega a domicilio de Magellan no ofrecen servicios de formulación magistral (medicamentos que prepara un farmacéutico para satisfacer las necesidades específicas de un miembro, es decir, con la concentración, la dosis y la forma de presentación exactas, y que no están disponibles en el mercado).
- **Utilizamos una lista de medicamentos cubiertos.** Los medicamentos son recetados por médicos del plan y despachados de acuerdo con la Lista de medicamentos cubiertos del plan. La Lista de medicamentos cubiertos es un listado de los medicamentos que están cubiertos.
 - Nivel 1: Medicamentos genéricos, incluidos los genéricos de bajo costo
 - Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos
 - Nivel 3: Medicamentos no preferidos (de marca y genéricos)
 - Nivel 4: Medicamentos de especialidad preferidos
 - Nivel 5: Medicamentos de especialidad no preferidos

Todos los medicamentos y productos cubiertos deben estar aprobados por la FDA. Ciertos medicamentos requieren que su médico obtenga una certificación previa del plan antes de que

puedan ser recetados conforme al plan. Visite nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com/feh para revisar nuestra guía de la Lista de medicamentos cubiertos o llame al 877-280-2989.

Si usted es nuevo en GlobalHealth y actualmente está en un plan de tratamiento con un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos, su médico puede solicitar una excepción. Consulte “Solicitar una excepción acelerada” en la siguiente página.

- **Estas son las limitaciones de surtido.** GlobalHealth sigue las pautas de surtido de la FDA. Los medicamentos recetados cubiertos, recetados por un médico certificado y que se obtengan en una farmacia minorista participante del plan se pueden dispensar para un suministro de 30 días. Los miembros deben obtener un suministro de 31 y hasta 90 días de medicamentos recetados cubiertos por medio de pedido por correo o en una farmacia minorista de la red de suministro prolongado. Los medicamentos de especialidad solo se pueden surtir para un suministro de hasta 30 días a través de una farmacia de especialidades.

Si convocan a un miembro al servicio activo, este puede obtener un suministro a mediano plazo enviando una solicitud a GlobalHealth. El miembro paga los copagos de la red por un suministro extendido de los medicamentos de mantenimiento correspondiente a la cantidad de meses que sean necesarios (un copago por cada suministro de 90 días). Los miembros afectados por una emergencia nacional o de otro tipo pueden enviar una solicitud a GlobalHealth. Llame al 877-280-2989 para obtener ayuda. En ningún caso, el copago excederá el costo del medicamento con receta médica.

- **Un equivalente genérico se despachará si está disponible**, a menos que su médico requiera específicamente uno de marca. Si recibe un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico aprobado federalmente disponible, y su médico no especificó “Despachar como se indica” en la receta para el medicamento de marca, deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- **¿Por qué usar medicamentos genéricos?** Los medicamentos genéricos se producen y venden bajo sus nombres químicos, en lugar de los nombres de las compañías que los fabrican. Un medicamento genérico es una versión de menor costo de un medicamento de marca. Algunos medicamentos de marca tienen un equivalente genérico y otros no. Los medicamentos genéricos cuestan menos, pero los medicamentos genéricos y los de marca son equivalentes en términos de calidad y de cómo funcionan. La ley exige que un medicamento genérico debe contener la misma cantidad del mismo ingrediente activo del medicamento que tiene el medicamento de marca. Sin embargo, un medicamento genérico puede diferir en ciertas formas, como su color o sabor, la forma de la pastilla o la tableta y los ingredientes inactivos (que no son medicamentos) que contiene. Usted paga menos por los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos si obtiene un medicamento genérico en lugar de uno de marca. La Lista de medicamentos cubiertos de GlobalHealth incluye la mayoría de medicamentos genéricos. Cuando existe un medicamento genérico disponible, la Lista de medicamentos cubiertos, por lo general, incluye solamente el medicamento genérico. Las farmacias y el servicio de pedido por correo del plan de GlobalHealth surten recetas médicas utilizando medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca, siempre que sea posible.
- **Cuando debe presentar un reclamo.** Los medicamentos surtidos en una farmacia de la red, por lo general, se facturarán directamente a Magellan Rx Management, LLC. Sin embargo, si surte una receta médica sin su tarjeta de identificación de miembro, es posible que deba pagarle a la farmacia. Si esto sucede, llame al 800-424-1789 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

Autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad y excepciones: Su plan incluye programas de administración de utilización con base en hallazgos médicos recientes, información en las etiquetas del fabricante aprobada por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.), costo y acuerdos de tarifas del fabricante. Consulte la Lista de medicamentos cubiertos para obtener información sobre las posibles restricciones para un medicamento específico. La siguiente tabla describe la autorización previa, la terapia escalonada, los límites de cantidades y las excepciones:

| Término | Administración de la utilización: llame al 918-878-7361 |
|--|---|
| Autorización previa | Los médicos deben obtener una autorización previa para determinados medicamentos, incluidas las fórmulas magistrales. Esto promueve el uso apropiado y económico. Cualquier suministro o equipo correspondiente también requiere autorización previa. Sin la autorización previa, no podemos cubrir el medicamento, suministro o equipo. |
| Terapia escalonada | La terapia escalonada tiene uno o más requisitos previos, se cubrirán los medicamentos clínicamente equivalentes que se prueben antes de un medicamento de terapia escalonada. |
| Límites de cantidades | Existen límites para la cantidad de ciertos medicamentos que puede recibir. Estos medicamentos, si se toman de manera inapropiada durante demasiado tiempo, podrían no ser seguros y ocasionar efectos adversos. |
| Solicitud de una excepción estándar | <p>Puede solicitar a GlobalHealth que no aplique las restricciones y los límites de cobertura. Llame al 918-878-7361. Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de una excepción si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento alternativo está incluido en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. • El medicamento en el nivel más bajo o las restricciones de utilización adicionales no serían igualmente eficaces para tratar su afección. • Le ocasionaría efectos médicos adversos. <p>En el caso de una solicitud para cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos, el médico debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una justificación que respalde la necesidad del medicamento que no está en la Lista para tratar su afección. • Una declaración de que todos los medicamentos de la Lista cubiertos en cualquier nivel no serán o no fueron eficaces, no serían tan eficaces como el medicamento que no está en la lista o tendrían efectos adversos. • Usted, su designado o su médico deben comunicarse con nosotros para recibir instrucciones sobre cómo obtener una excepción a la restricción de utilización. Es posible que su médico deba presentar un formulario de solicitud de autorización previa con información de respaldo para la solicitud de la excepción. La decisión se toma en un término de 72 horas a partir del momento en que se recibe su solicitud y se cuenta con suficiente información para comenzar con la revisión. • Si se la solicitan, la excepción será para el periodo de la receta médica, incluidos los resurtidos. Puede llamar al 918-878-7361 para presentar su solicitud. |
| Solicitar una excepción acelerada | <p>Usted, su designado o el médico que le receta puede solicitar un proceso de excepciones aceleradas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted sufre una afección médica que puede poner en peligro su vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima. • Está bajo un plan de tratamiento actual con un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos. <p>Le daremos una decisión a usted, a su designado o al médico que emite la receta médica en un término de 24 horas después de recibir la solicitud y tener la información suficiente para comenzar con la revisión. Si se la solicitan, la excepción será para el periodo de la receta médica, incluidos los resurtidos.</p> <p>Puede llamar al 918-878-7361 para presentar su solicitud.</p> |

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Medicamentos y suministros cubiertos | Opción alta | Opción estándar |
| <p>Cubrimos los siguientes medicamentos y suministros recetados por un médico del plan y obtenidos a través de una farmacia del plan o por medio de nuestro programa de pedidos por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para los que la ley federal de los Estados Unidos requiere la receta médica de un médico para su compra, excepto aquellos que se detallan como <i>No cubiertos</i>. • Fórmulas magistrales: se requiere autorización previa y se aplican limitaciones. Consulte nuestro sitio web para conocer nuestra política sobre fórmulas magistrales. • Insulina • Medicamentos orales y autoinyectables para estimular la fertilidad • Medicamentos para la disfunción sexual • Medicamentos opioides recetados para afecciones agudas: se requiere autorización previa y se aplican limitaciones <p>Farmacia minorista o de especialidades para un suministro de hasta 30 días por receta médica o resurtido</p> <p>Nota: Los medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos de especialidad se pueden obtener a través de cualquier farmacia minorista o farmacia de pedidos por correo que trabajan con medicamentos de especialidad, incluida la farmacia de especialidades Magellan (800-424-1789, línea gratuita o 711, TTY).</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4/\$12 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$80 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel cuatro: medicamentos de especialidad preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$150, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cinco: medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$250, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$6/\$15 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$70 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$105 de copago, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cuatro: medicamentos de especialidad preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$200, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cinco: medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$300, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) |

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|---|---|
| Medicamentos y suministros cubiertos (continuación) | Opción alta | Opción estándar |
| <p>Nota: La lista de medicamentos de especialidad cubiertos está sujeta a cambios. Para obtener la lista más actualizada, comuníquese con Servicio al cliente.</p> <p>Nota: Visite nuestro sitio web para ver una lista de medicamentos en el programa genérico de bajo costo.</p> <p>Nota: Los usos sin autorización de los medicamentos utilizados en el tratamiento de cáncer o en un estudio de oncología están cubiertos. Ciertos usos de investigación de quimioterapia para el tratamiento del cáncer pueden estar cubiertos si se administran como parte de un ensayo clínico aprobado.</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$4/\$12 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$50 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$80 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel cuatro: medicamentos de especialidad preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% de coseguro con un máximo de \$150, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cinco: medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% de coseguro con un máximo de \$250, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nota: Si no hay un equivalente genérico disponible, igualmente deberá pagar el copago por medicamento de marca.</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$6/\$15 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$70 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$105 de copago, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cuatro: medicamentos de especialidad preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% de coseguro con un máximo de \$200, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cinco: medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% de coseguro con un máximo de \$300, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nota: Si no hay un equivalente genérico disponible, igualmente deberá pagar el copago por medicamento de marca.</p> |
| <p>Farmacia minorista de suministro extendido y entrega a domicilio: suministro de 90 días por resurtido de receta médica</p> <p>Nota: Puede comprar un suministro extendido para 90 días en una farmacia minorista de la red de suministro extendido (ESN) o a través del pedido por correo. Su médico debe escribir una receta médica para un suministro de 90 días. Se pueden aplicar algunas restricciones. Consulte nuestro sitio web o el Servicio al cliente para obtener información sobre las farmacias minoristas de ESN y el pedido por correo.</p> <p>Nota: Los medicamentos de especialidad en los niveles cuatro y cinco no están disponibles en suministro extendido.</p> <p>Nota: Visite nuestro sitio web para ver una lista de medicamentos en el programa genérico de bajo costo.</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$8/\$24 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$125 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$240 de copago, en una farmacia de la red | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$12/\$30 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$150 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> \$270 de copago, en una farmacia de la red |

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|---|---|
| Medicamentos y suministros cubiertos (continuación) | Opción alta | Opción estándar |
| <p>Nota: La lista de medicamentos de especialidad cubiertos está sujeta a cambios. Para obtener la lista más actualizada, comuníquese con Servicio al cliente.</p> <p>Nota: Visite nuestro sitio web para ver una lista de medicamentos en el programa genérico de bajo costo.</p> <p>Nota: Los usos sin autorización de los medicamentos utilizados en el tratamiento de cáncer o en un estudio de oncología están cubiertos. Ciertos usos de investigación de quimioterapia para el tratamiento del cáncer pueden estar cubiertos si se administran como parte de un ensayo clínico aprobado.</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4/\$12 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$80 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel cuatro: medicamentos de especialidad preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$150, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cinco: medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$250, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nota: Si no hay un equivalente genérico disponible, igualmente deberá pagar el copago por medicamento de marca.</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$6/\$15 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$70 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$105 de copago, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cuatro: medicamentos de especialidad preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$200, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nivel cinco: medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coseguro con un máximo de \$300, en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Nota: Si no hay un equivalente genérico disponible, igualmente deberá pagar el copago por medicamento de marca.</p> |
| <p>Farmacia minorista de suministro extendido y entrega a domicilio: suministro de 90 días por resurtido de receta médica</p> <p>Nota: Puede comprar un suministro extendido para 90 días en una farmacia minorista de la red de suministro extendido (ESN) o a través del pedido por correo. Su médico debe escribir una receta médica para un suministro de 90 días. Se pueden aplicar algunas restricciones. Consulte nuestro sitio web o el Servicio al cliente para obtener información sobre las farmacias minoristas de ESN y el pedido por correo.</p> <p>Nota: Los medicamentos de especialidad en los niveles cuatro y cinco no están disponibles en suministro extendido.</p> <p>Nota: Visite nuestro sitio web para ver una lista de medicamentos en el programa genérico de bajo costo.</p> | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$8/\$24 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$125 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$240 de copago, en una farmacia de la red | <p>Nivel uno: medicamentos genéricos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$12/\$30 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel dos: medicamentos de marca preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago, en una farmacia de la red <p>Nivel tres: medicamentos no preferidos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$270 de copago, en una farmacia de la red |

Medicamentos y suministros cubiertos (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--|--|
| Medicamentos y suministros cubiertos (continuación) | Opción alta | Opción estándar |
| <p>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> Las recetas de medicamentos anticonceptivos seleccionados aprobados por la FDA se proporcionarán sin copago para las mujeres en edad de concebir. Todos los demás están sujetos a copagos por receta médica y posibles autorizaciones previas. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre, incluida la “píldora del día después”, aprobados por la FDA requieren una receta escrita por un proveedor aprobado. <p>Nota: Los beneficios se restringen a los límites de recetas médicas recomendados.</p> <p>Nota: Consulte la Lista de medicamentos cubiertos para determinar los medicamentos anticonceptivos proporcionados sin copago.</p> | <p>Consulte las secciones de farmacia minorista y suministro prolongado más abajo.</p> | <p>Consulte las secciones de farmacia minorista y suministro prolongado más abajo.</p> |
| <p>Los suministros para diabéticos se limitan a lo siguiente: Monitores de glucosa en sangre</p> <ul style="list-style-type: none"> Agujas y jeringas desechables, tiras reactivas de prueba y lancetas para la administración de los medicamentos cubiertos Las bombas de insulina, y las plantillas y los zapatos ortopédicos están cubiertos según la sección 5(a). Equipo médico duradero | <p>Nada</p> | <p>Nada</p> |
| Medicamentos de atención preventiva | Opción alta | Opción estándar |
| <p>Están cubiertos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspirina (81 mg) para hombres de 45 a 79 años de edad, mujeres de 55 a 79 años de edad y mujeres en edad fértil Suplementos de ácido fólico de 400 mcg y 800 mcg para mujeres en edad fértil Suplementos líquidos de hierro para niños de 6 meses a 1 año de edad Suplementos de vitamina D (concentración recetada) (400 y 1000 unidades) para miembros de 65 años de edad en adelante Vitaminas prenatales para mujeres embarazadas | <p>Nada</p> | <p>Nada</p> |

Medicamentos de atención preventiva (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|-------------------------|-------------------------|
| | Opción alta | Opción estándar |
| <p>Medicamentos de atención preventiva (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabletas de flúor, solución (que no es pasta dental ni enjuagues) para niños de hasta 6 años de edad • Estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos de 40 a 75 años de edad sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares (CVD), con uno o más factores de riesgo de CVD (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo), y un riesgo calculado en 10% o más de presentar un episodio cardiovascular en 10 años. La identificación de dislipidemia y el cálculo del riesgo de episodio cardiovascular en 10 años requiere una prueba de detección universal de lípidos en los adultos de 40 a 75 años de edad). • Agentes a base de naloxona (no se requiere autorización previa) <p>Nota: Los medicamentos preventivos con una recomendación del USPSTF de A o B están cubiertos sin costo compartido cuando los receta un profesional de atención médica y los surte una farmacia de la red. Estos pueden comprender algunas vitaminas de venta libre, medicamentos de reemplazo de nicotina y dosis bajas de aspirina para algunos pacientes. Para conocer las recomendaciones actuales, visite www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index/browse-recommendations.</p> <p>Nota: Los medicamentos con este costo compartido están indicados en la Lista de medicamentos cubiertos con “nivel 0” (Tier 0) y “HCR”.</p> | Nada | Nada |
| <p><i>No está cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos recetados por médicos fuera de la red no autorizados en casos que no son emergencias • Medicamentos para mejorar el rendimiento atlético, el crecimiento del cabello, con fines estéticos y antienvjecimiento • Los medicamentos obtenidos en una farmacia que no sea del plan, excepto para emergencias fuera del área • Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios que no figuran como beneficio cubierto, incluso si un médico los receta o administra | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

Medicamentos de atención preventiva (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Medicamentos de atención preventiva (continuación) | Opción alta | Opción estándar |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos sin receta: medicamentos y suplementos alimenticios no disponibles sin una receta médica (OTC) o para los que hay disponible un equivalente sin receta médica, incluso si los solicita un médico, a menos que se aplique una excepción • Solución salina y medicamentos para la irrigación • Suero biológico, medicamentos recetados para uso o administración parenteral • Fórmulas dietéticas que incluyen, entre otros, nutrición parenteral completa y otras fórmulas enterales, con excepción de las fórmulas bajas en proteínas aprobadas por la FDA específicamente cubiertas • Medicamentos recetados extraviados o robados • Medicamentos recetados para mejorar el nivel de energía y la resistencia, o para reducir el proceso de envejecimiento (como AndroGel®) <p>Nota: Los medicamentos recetados y de venta libre aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco están cubiertos con los beneficios para dejar el tabaco. (Consulte la página 46)</p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> | <p><i>Todos los cargos</i></p> |

Sección 5(g). Beneficios dentales

Cosas importantes que debe tener presente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este cuadernillo, y que se pueden pagar únicamente cuando determinemos que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Si está inscrito en un Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (Federal Employees Dental/Vision Insurance Program, FEDVIP), su plan FEHB será el pagador principal/primario de cualquier pago de beneficios y su plan FEDVIP es secundario en relación con su plan FEHB. Consulte la Sección 9, *Coordinación de beneficios con otra cobertura*.
- El deducible por año calendario para la opción estándar es el siguiente: \$300 por persona (\$600 por inscripción para una persona más un beneficiario adherente o \$600 por inscripción para una persona y la familia). El deducible por año calendario se aplica a todos los beneficios que se describen en esta sección. La opción alta no tiene deducibles.
- Cubrimos hospitalización para procedimientos dentales solo cuando hay una limitación física no dental que hace que la hospitalización sea necesaria para salvaguardar la salud del paciente. Consulte la sección 5(c) para ver los beneficios del hospital de pacientes hospitalizados. No cubrimos el procedimiento dental a menos que se describa a continuación.
- Asegúrese de leer la sección 4, *Sus costos para servicios cubiertos*, para obtener información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. Asimismo, lea la sección 9 acerca de la coordinación de beneficios con otra cobertura, incluido Medicare.
- La facturación de saldos ocurre cuando un proveedor le factura a un miembro la diferencia entre sus cobros facturados y la cantidad total que el proveedor recibió del costo compartido del miembro y del reembolso contratado o usual y acostumbrado de GlobalHealth. Es posible que los proveedores dentro de la red no le facturen a usted; sin embargo, es posible que los proveedores fuera de la red lo hagan. Usted es responsable de pagar la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado.

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|----------------------------|--|
| Nota: El deducible por año calendario se aplica a todos los beneficios de la opción estándar que se describen en esta sección. | | |
| Beneficio por lesión accidental | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Cubrimos los servicios y suministros de restauración necesarios para reparar (pero no reemplazar) de inmediato dientes naturales sanos. La necesidad de estos servicios debe surgir de una lesión accidental.</p> <p>Nota: Los incidentes de masticación (morder o masticar) no se consideran lesiones accidentales. Debe ir a la sala de emergencias para recibir la cobertura de este beneficio.</p> | \$250 de copago por visita | \$300 de copago por visita |
| <p><i>No está cubierto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El reemplazo, el reimplante y la atención de seguimiento de esos dientes, incluso si los dientes no se salvan con estabilización de emergencia. | | |
| Anestesia dental | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>Anestesia dental para un miembro que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una afección médica o emocional que requiere hospitalización o anestesia general para la atención dental. • Está gravemente discapacitado. | Nada | Nada |

Anestesia dental (continúa en la página siguiente)

| Descripción de los beneficios | Usted paga | |
|---|-------------------------|--|
| Anestesia dental (continuación) | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| <p>A juicio del profesional que los trata, no tienen el desarrollo emocional suficiente como para someterse a un procedimiento dental necesario desde el punto de vista médico sin el uso de anestesia. Requieren servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios debido a un estado clínico y a una afección médica preexistente o debido a la gravedad del procedimiento dental.</p> <p>Nota: Solamente cubrimos anestesia odontológica cuando hemos autorizado previamente el tratamiento. Cubriremos únicamente la cirugía, así como los servicios y suministros relacionados, que determinemos como necesarios desde el punto de vista médico. Consulte la sección <i>Otros servicios</i> en <i>Necesita aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios</i> en la página 17.</p> | Nada | Nada |
| <p>Nota: Cubrimos servicios hospitalarios y suministros relacionados con procedimientos dentales cuando se necesiten por una incapacidad física no dental. No cubrimos los procedimientos dentales. Consulte la sección 5(c).</p> | | |
| Beneficios dentales | Opción alta | Opción estándar después del deducible por año calendario... |
| No tenemos otros beneficios dentales. | | |
| <p><i>No está cubierto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico y preventivos, lo que incluye examen, profilaxis (limpieza), radiografías de todos los tipos y tratamiento con flúor • Servicios dentales básicos • Servicios dentales mayores, lo que incluye servicios de restauración • Atención de ortodoncia antes, durante o después de la cirugía, excepto en el caso de la atención relacionada con el paladar hendido • Servicios para lesiones accidentales que se proporcionen en cualquier lugar menos en la sala de emergencias | <i>Todos los cargos</i> | <i>Todos los cargos</i> |

Sección 5(h). Bienestar y otras características especiales

| Característica | Descripción |
|--|---|
| <p>Opción de beneficios flexible</p> | <p>Bajo la opción de beneficios flexible, determinamos la forma más efectiva para proporcionar servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Podemos identificar las alternativas apropiadas desde el punto de vista médico para beneficios de contratos regulares como una alternativa menos costosa. Si identificamos una alternativa menos costosa, le pediremos que firme un acuerdo de beneficios alternativo que incluirá todos los siguientes términos, además de otros, según sea necesario. Hasta que usted firme y devuelva el acuerdo, los beneficios del contrato regular continuarán. Los beneficios alternativos estarán disponibles por un tiempo limitado y están sujetos a nuestra revisión continua. Usted debe cooperar con el proceso de revisión. Al aprobar un beneficio alternativo, no garantizamos que usted lo obtendrá en el futuro. La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es solamente nuestra y, con excepción de lo expresamente establecido en este acuerdo, podemos retirarlo en cualquier momento y reanudar los beneficios del contrato regular. Si firma el acuerdo, le proporcionaremos los beneficios alternativos que se acordaron para el periodo indicado (a menos que cambien las circunstancias). Puede solicitar una extensión del periodo, pero los beneficios del contrato regular se reanudarán si no aprobamos su solicitud. Nuestra decisión de ofrecer o retirar beneficios alternativos no está sujeta a la revisión de la OPM bajo el proceso de reclamos en disputa. Sin embargo, si al momento en que tomamos la decisión con relación a los beneficios alternativos, también decidimos que los beneficios del contrato regular no son pagaderos, entonces puede presentar una disputa sobre nuestra decisión de beneficios del contrato regular bajo el proceso de reclamos en disputa de la OPM (consulte la sección 8). |
| <p>Línea de enfermería e información las 24 horas</p> | <p>Para cualquiera de sus inquietudes sobre salud, las 24 horas del día, los siete días a la semana, puede llamar y hablar con una enfermera registrada que discutirá las opciones de tratamiento y responderá sus preguntas sobre salud. Llame al 877-280-2989 en cualquier momento.</p> |
| <p>Servicios para personas sordas o con discapacidad auditiva</p> | <p>711</p> |
| <p>Centros de excelencia</p> | <p>El Programa Centro de Excelencia de trasplantes de GlobalHealth comprende las redes de OptumHealth, LifeTrac y CignaLife Source.</p> |
| <p>Programas de mejoramiento de la salud</p> | <ul style="list-style-type: none"> Capacitación nutricional para diabetes Programa de prevención de la diabetes Recursos médicos: se abordan otras enfermedades, medicamentos, programas de peso, nutrición <p>Comuníquese con Servicio al cliente llamando al 877-280-2989.</p> |
| <p>Tratamiento para dejar el tabaco</p> | <p>Intentos para dejar el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar el tabaco por año calendario. Un intento se considera lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuatro sesiones de asesoramiento para dejar el tabaco. Todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre). <p>No se requiere autorización previa. Usted paga más por los tratamientos adicionales o los medicamentos no genéricos. Los estudios demuestran que el método más eficaz para dejar de fumar abarca lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social. • Uso de medicamentos para dejar de fumar. <p>Tanto el asesoramiento como los medicamentos son eficaces para tratar la dependencia al tabaco y usarlos en conjunto es más eficaz que usar solo uno de ellos.</p> <p><u>Asesoramiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede asistir a sesiones de asesoramiento individuales, grupales o telefónicas por 10 minutos como mínimo cada una a través de su PCP o de su proveedor de salud conductual. • También puede llamar a la línea de ayuda Oklahoma Tobacco Helpline al 800-QUIT-NOW (800-784-8669). Hablará con un experto con capacitación para ayudar a dejar de fumar. Esta persona diseñará un plan de acuerdo con sus necesidades específicas. <p><u>Medicamentos recetados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los productos para dejar de fumar están limitados a 2 tratamientos completos de 90 días de cualquier producto para dejar de fumar aprobado por la FDA por año calendario, si lo receta su PCP o su proveedor de salud conductual. Este beneficio está disponible para usted así como para sus dependientes inscritos que tengan 18 años de edad como mínimo. • Los medicamentos cubiertos que se enumeran en la Lista de medicamentos cubiertos incluyen: Chantix™ (vareniclina), inhalador Nicotrol® (nicotina), aerosol nasal Nicotrol® (nicotina) y bupropion SR 150 mg (genérico de Zyban®). • También cubrimos los productos de venta libre aprobados por la FDA (como parches de nicotina, gomas de mascar, inhaladores, aerosoles nasales y pastillas) con una receta escrita por su médico. • Su Lista de medicamentos cubiertos indicará si el medicamento recetado está disponible sin un costo compartido como parte de los servicios preventivos. Sin embargo, si su proveedor recomienda un medicamento en particular basándose en la determinación de que es necesario desde el punto de vista médico para usted, cubriremos el medicamento sin costo compartido. Consulte “Solicitudes de excepción” en la Sección 5(f). • No todos los productos que se pueden usar para dejar el tabaco están incluidos. Por ejemplo, no cubrimos los cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) de venta libre. <p><u>Inscripción:</u> Puede inscribirse comunicándose con el Servicio al cliente o a través de nuestro sitio web.</p> |
| <p>Servicios de traducción</p> | <p>Nuestro plan de salud ofrece intérpretes médicos certificados profesionales en más de 150 idiomas. Llame al Servicio al cliente para obtener ayuda o al 711 (TTY). Español: Para obtener asistencia en español llame al 877-280-2989.</p> |
| <p>Programa de Administración de Terapia con Medicamentos</p> | <p>Si toma varios medicamentos para afecciones crónicas, puede recibir apoyo de nuestro Programa de Administración de Terapia con Medicamentos. Puede autoderivarse o recibir la derivación de su proveedor o de un miembro del personal de GlobalHealth. Usted recibe servicios personalizados del farmacéutico y el personal registrado. La meta del programa es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retardar el avance de la enfermedad ayudando a que tome los medicamentos correspondientes. • Ayudar a eliminar las terapias de medicamentos duplicadas. • Reducir el potencial de interacciones negativas y efectos secundarios de los medicamentos. • Optimizar sus beneficios al aconsejar las alternativas de más bajo costo. <p>Hacemos revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que la atención que recibe sea segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes si hay más de un proveedor que le receta medicamentos.</p> <p>En estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibles errores en los medicamentos. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que pueden no ser necesarios debido a que usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica. • Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o a su sexo. • Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo. • Recetas emitidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico. • Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando. <p>Si observamos que podría haber un problema en la forma en que toma los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.</p> <p>Este programa es voluntario y no tiene ningún costo para usted. Puede comunicarse con el Servicio al cliente si desea participar en el programa. Si decide dejar de participar en cualquier momento, comuníquese con el Servicio al cliente, y lo retiraremos del programa.</p> |
| <p>Programa de Mejoramiento de la Calidad</p> | <p>Llame al Servicio al cliente para solicitar información sobre nuestro Programa de Mejoramiento de la Calidad y plan de trabajo. Pida que lo comuniquen con el Departamento de Calidad o escriba a quality@globalhealth.com.</p> |
| <p>Programas de administración de atención</p> | <p>Si tiene una enfermedad crónica o necesidades de atención médica complejas, tiene cuatro tipos de programas de administración de la atención que proporcionan educación para el paciente y asistencia clínica.</p> <p><u>Ayuda proactiva:</u> Para los miembros con necesidades de atención médica complejas, proporcionamos los servicios de un administrador de casos profesional para evaluar sus necesidades y, cuando corresponda, coordinar, evaluar y supervisar su atención.</p> <p><u>Programa de Prevención de la Diabetes:</u> Ofrecemos un programa intensivo de salud conductual y de cambios en el estilo de vida para los miembros con lecturas altas de glucosa en sangre a los que no se les ha diagnosticado diabetes.</p> <p><u>Programa de Apoyo Prenatal:</u> Nuestro personal clínico se pone en contacto con las mujeres embarazadas que son miembros para alentarlas a que usen los beneficios prenatales y hagan un seguimiento después del nacimiento del bebé para que tengan un embarazo saludable y un bebé sano.</p> <p>Si tiene alguna pregunta en relación con estos programas, o desearía autoderivarse, comuníquese con el Servicio al cliente.</p> |
| <p>Encuestas</p> | <p><u>Su salud:</u> Cada año, le enviaremos una evaluación de salud con preguntas sobre su salud actual. Sus respuestas nos ayudan a determinar de qué manera podemos brindarle un mejor servicio y satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. La información que nos brinde será confidencial según lo requiera la ley. No se utilizará en su contra de ninguna manera ni impedirá que usted obtenga servicios y tratamientos.</p> <p><u>Su satisfacción:</u> Repartimos encuestas de satisfacción de los miembros para saber cómo considera que sus médicos y el plan de salud están atendiendo sus necesidades. Estas pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta para nuevos miembros • Estudio de satisfacción del cliente • Evaluación del cliente sobre proveedores y sistemas de atención médica (CAHPS). <p>GlobalHealth realiza una auditoría que está aprobada por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA) llamado HEDIS (Sistemas de información sobre la eficacia de la atención médica). Esta mide la calidad de la atención preventiva que brindan nuestros proveedores de la red. Una parte de esta auditoría es la encuesta CAHPS. Es muy importante que la complete y la devuelva. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar el servicio.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Procedimiento de evaluación de la tecnología</p> | <p>GlobalHealth cuenta con un proceso de evaluación de la tecnología y revisión de lineamientos. Está diseñado para revisar las solicitudes de cobertura de los dispositivos, procedimientos o tratamientos recientemente disponibles que no se consideren beneficios establecidos.</p> <p>Un comité dirigido por médicos revisa todas las solicitudes de nueva tecnología. Este incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva tecnología • Nueva aplicación de la tecnología existente <p>El comité examina los procedimientos de atención médica y de salud conductual, los medicamentos y los dispositivos usando evidencia médica y científica. Una agencia reguladora adecuada, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), debe aprobar el nuevo dispositivo, procedimiento o tratamiento antes de que pueda ser considerado.</p> <p>Antes de aprobar la cobertura, GlobalHealth requiere evidencia documentada para asegurar la eficacia y seguridad de la nueva tecnología. La nueva tecnología debe realizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el resultado neto de la salud del miembro. • Ser tan beneficiosa como las alternativas establecidas. • Estar disponible fuera del entorno de investigación. • Mejorar significativamente la calidad de vida del miembro. • Demostrar con claridad al miembro que la atención médica es segura. <p>Comuníquese con el Servicio al cliente.</p> |
| <p>Calculadora de costos de medicamentos</p> | <p>https://www.globalhealth.magellanrx.com/</p> |
| <p>MYGLOBAL™ Portal para miembros</p> | <p>Se puede registrar en un portal seguro para miembros denominado MYGLOBAL. Por medio de MYGLOBAL, puede controlar reclamos y derivaciones, y cambiar su PCP, además de otras funciones que lo ayudan a administrar su cuenta.</p> |

Beneficios ajenos a FEHB disponibles para los miembros del plan

Los beneficios en esta página no son parte de la prima o del contrato de FEHB, y usted no puede presentar un reclamo en disputa de FEHB sobre estos. Los cargos que paga por estos servicios no cuentan para los deducibles o máximos de gastos de bolsillo de protección en situación catastrófica de FEHB. Estos programas y materiales son responsabilidad del plan y todas las apelaciones deben seguir sus lineamientos generales.

Para obtener más información, comuníquese con el plan llamando al 877-280-2989 o visite su sitio web en www.GlobalHealth.com/fehb.

Managed Care Plan de Medicare

Si es elegible para Medicare y está interesado en inscribirse en un Plan HMO de Medicare patrocinado por este plan sin abandonar su inscripción en el plan de FEHB de este plan, llame al 844-280-5555 para obtener información.

Medicare Advantage HMO: como miembro de uno de los planes Medicare Advantage de GlobalHealth, usted goza de beneficios como no tener que pagar deducibles, pagar copagos bajos o no tener que pagarlos y prácticamente nada de papeleo. El área de servicio de nuestros planes Medicare Advantage incluye 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 obtener más información, llame a la línea gratuita 844-280-5555.

GlobalFit®: a través de la asociación con GlobalFit, puede registrarse para el beneficio de bienestar, que le da acceso a:

- Descuentos en membresías de gimnasios en miles de clubes de preparación física a nivel nacional, que comprenden 24-hour Fitness, Anytime Fitness, Curves, además de una multitud de clubes independientes y estudios especializados (todos con el precio más bajo garantizado de GlobalFit).
- Precios especiales y descuentos en alimentos en 400 centros Jenny Craig participantes
- Descuentos en equipos de gimnasio para el hogar y videos que incluyen la última rutina de ejercicios de la serie Zumba Fitness: póngase en forma con el fenómeno de fitness de baile inspirado en lo latino por un precio bajo especial en el paquete de 5 DVD
- Descuentos en entrenamiento de salud: programas de 12 semanas con acceso personalizado por teléfono o Internet a un entrenador profesional de salud que le ayudará a dejar de fumar, bajar de peso, reducir el estrés, comenzar a caminar o alcanzar otros objetivos de salud
- Boletines mensuales, libros electrónicos y podcasts que proporcionan educación y herramientas para ayudar a los empleados a mantenerse motivados y actualizados sobre los últimos consejos de entrenamiento y noticias sobre preparación física y bienestar

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

Las exclusiones en esta sección se aplican a todos los beneficios. Es posible que existan otras exclusiones y limitaciones que se detallan en la sección 5 de este cuadernillo. **Aunque podamos detallar un servicio específico como un beneficio, no lo cubriremos a menos que sea necesario desde el punto de vista médico para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, afección, lesión o estado. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación previa para servicios específicos, como trasplantes, consulte la sección 3 *Cuando necesite aprobación previa del plan para obtener ciertos servicios.***

No cubrimos lo siguiente:

- Atención por parte de proveedores ajenos al plan, excepto derivaciones o emergencias autorizadas (consulte *Servicios/accidentes de emergencia*).
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba mientras no esté inscrito en este plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que no sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Servicios, medicamentos o suministros no necesarios, de acuerdo con estándares aceptados de práctica médica, dental o psiquiátrica.
- Procedimientos experimentales o de investigación, tratamientos, medicamentos o dispositivos (consulte información específica relacionada con trasplantes).
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre pudiera estar en peligro si el feto llega a término o cuando el embarazo es el resultado de un acto de violación o de incesto.
- Servicios, medicamentos o suministros que usted reciba de un proveedor o de un centro excluido del Programa FEHB
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba sin cargo mientras se encuentre en servicio militar activo.

Sección 7. Presentar un reclamo por servicios cubiertos

Esta sección trata principalmente con reclamos después del servicio (reclamos de servicios, medicamentos o suministros que ya haya recibido). Consulte la sección 3 para obtener información sobre procedimientos para reclamos previos al servicio (servicios, medicamentos o suministros que requieren aprobación previa del plan), incluidos los procedimientos de reclamos por atención de urgencia. Cuando vea a médicos del plan, reciba servicios en hospitales y centros del plan u obtenga sus medicamentos recetados en las farmacias del plan, no deberá presentar reclamos. Simplemente presente su tarjeta de identificación y pague su copago, coseguro o deducible.

Solo deberá presentar un reclamo cuando reciba servicios de emergencia de proveedores fuera del plan. Algunas veces estos proveedores nos facturan directamente. Verifique con el proveedor.

Si debe presentar el reclamo, este es el proceso:

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

En la mayoría de casos, los proveedores y centros presentan los reclamos por usted. Los médicos deben presentar el formulario CMS-1500, formulario de reclamo de seguro de salud. Su centro presentará el formulario UB-04. Para hacer preguntas y obtener ayuda en relación con los reclamos, comuníquese con nosotros llamando al 877-280-2989 o escribiendo a nuestra dirección de correo electrónico, FederalAnswers@globalhealth.com.

Cuando tenga que presentar un reclamo, como por los servicios que recibió fuera del área de servicio del plan, preséntelo en el formulario CMS-1500 o un formulario de reclamo que incluya la información que se muestra a continuación. Las facturas y los recibos se deben detallar y mostrar:

- Nombre del miembro cubierto, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y número de identificación
- Nombre y dirección del médico o del centro que proporcionó el servicio o el suministro
- Fechas en que recibió los servicios o los suministros
- Diagnóstico
- Tipo de cada servicio o suministro
- El cargo para cada servicio o suministro
- Una copia de la explicación de beneficios, pagos o denegación por parte de cualquier pagador principal, como el Aviso de resumen de Medicare (MSN)
- Recibos, si pagó sus servicios

Nota: Los cheques cancelados, recibos de caja registradora o estados de cuenta con saldo vencido no son sustitutos aceptables para las facturas detalladas.

Envíe sus reclamos a:

GlobalHealth
P.O. Box 2328
Oklahoma City, OK 73101-2328
877-280-2989 (línea gratuita)
711 (TTY)

Beneficios de salud mental y por abuso de sustancias

Envíe sus reclamos a:

Beacon Health Claims
P.O. Box 1850
Hicksville, NY 11802-1850
888-434-9201
866-835-2755 (TTY)

| | |
|--|--|
| Medicamentos recetados | <p>Envíe sus reclamos a:</p> <p>Magellan Health Services Claims Department 11013 W Broad Street, Suite #500 Glen Allen, VA 23060</p> <p>800-424-1789 (línea gratuita)</p> |
| Fecha límite para presentar su reclamo | <p>Envíenos todos los documentos para su reclamo lo más pronto posible. Debe enviar el reclamo alrededor del 31 de diciembre del año siguiente al año en que recibió el servicio, a menos que se haya impedido la presentación oportuna por parte de las operaciones administrativas del Gobierno o por incapacidad legal, siempre que el reclamo se haya presentado tan pronto como fue razonablemente posible.</p> |
| Procedimientos para reclamos después del servicio | <p>Le notificaremos nuestra decisión en los siguientes 30 días después de que hayamos recibido su reclamo después del servicio. Si los asuntos más allá de nuestro control necesitan una extensión de tiempo, podemos tomar hasta 15 días adicionales para la revisión y le notificaremos antes del final del periodo original de 30 días. Nuestro aviso incluirá las circunstancias en las que se fundamente la solicitud de la extensión y la fecha en la que se espera una decisión.</p> <p>Si necesitamos una extensión debido a que no hemos recibido la información necesaria de parte suya, nuestro aviso describirá la información específica requerida y le autorizaremos hasta 60 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información.</p> <p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, puede pedirnos que la revisemos siguiendo el proceso de reclamos en disputa que se detalla en la sección 8 de este cuadernillo.</p> |
| Representante autorizado | <p>Puede designar a un representante autorizado para actuar en su nombre para presentar un reclamo o apelar nuestras decisiones de reclamos. En el caso de reclamos de atención de urgencia, un profesional de atención médica con conocimiento de su afección médica tendrá permitido actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. Para fines de esta sección, también hacemos referencia a su representante autorizado cuando nos referimos a usted.</p> |
| Requerimientos del aviso | <p>Si vive en un condado donde al menos el 10% de la población sabe leer y escribir solamente un idioma que no es inglés (según lo determina la Secretaría de Salud y Servicios Humanos), le proporcionaremos asistencia en ese idioma que no es inglés. También puede solicitar una copia de su declaración de Explicación de beneficios (EOB), correspondencia relacionada, servicios de idioma oral (como asistencia al cliente por teléfono) y ayuda con la presentación de reclamos y apelaciones (incluidas las revisiones externas) en el idioma que no sea inglés que corresponda. Las versiones en inglés de su EOB y la correspondencia relacionada incluirán información en el idioma que no es inglés sobre cómo acceder a los servicios de idiomas en ese idioma que no es inglés.</p> <p>Cualquier aviso de una determinación de beneficios adversa o correspondencia de parte nuestra que confirme una determinación de beneficios adversa incluirá información suficiente para identificar el reclamo involucrado (incluida la fecha de servicio, el proveedor de atención médica y la cantidad del reclamo, si corresponde), y una declaración en la que se describa la disponibilidad, a solicitud, de los códigos de diagnóstico y procedimiento.</p> |

Sección 8. El proceso de reclamos en disputa

Puede apelar directamente a la Oficina de Administración de Personal (OPM) si no seguimos los procesos requeridos para reclamos. Para obtener más información sobre situaciones en las que usted tiene derecho a apelar inmediatamente a la OPM, incluidos los requisitos adicionales no detallados en las secciones 3, 7 y 8 de este cuadernillo, llame al representante de servicios al cliente de su plan al número de teléfono que figura en su tarjeta de inscripción, en el cuadernillo del plan o en el sitio web del plan.

Siga el proceso para reclamos en disputa del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamo posterior al servicio (un reclamo en el que los servicios, medicamentos y suministros ya se han proporcionado). En la sección 3 Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo previo al servicio, describimos el proceso que debe seguir si tiene un reclamo por servicios, derivaciones, medicamentos o suministros que tengan aprobación previa del plan, así como admisiones al hospital como paciente hospitalizado.

Para ayudarle a preparar su apelación, puede organizarse con nosotros para revisar y copiar, sin cargo alguno, todo el material pertinente y los documentos del plan bajo nuestro control con relación a su reclamo, incluidos aquellos que involucran alguna revisión de su reclamo a cargo de expertos. Para hacer su solicitud, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al cliente por correo electrónico escribiendo a FederalAnswers@globalhealth.com, por correo postal a GlobalHealth, P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393 o por teléfono llamando al 877-280-2989.

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información enviada por usted con relación al reclamo, sin importar si dicha información fue enviada o considerada en la determinación inicial del beneficio. Cuando nuestra decisión inicial se base (total o parcialmente) en un juicio médico (es decir, necesidad médica, experimental/de investigación), consultaremos con un profesional de atención médica que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en el campo de la medicina, que esté involucrado en el juicio médico y que no haya participado en tomar la decisión inicial.

Nuestra reconsideración no considerará la decisión inicial. La persona, o su subordinado, que tomó la decisión inicial no realizará la revisión.

No tomaremos decisiones con relación a la contratación, compensación, terminación, ascenso u otros asuntos similares con respecto a ninguna persona (como un adjudicador de reclamos o un experto médico) con base en la probabilidad de que dicha persona apoyará la denegación de beneficios.

| Paso | Descripción |
|------|---|
| 1 | <p>Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Escribirnos en los siguientes seis meses a partir de la fecha de nuestra decisión.b) Enviar su solicitud a GlobalHealth, P.O. Box 2393, Oklahoma City, OK 73101-2393.c) Incluir una declaración que indique por qué usted considera que nuestra decisión inicial estuvo equivocada, en función de las cláusulas específicas sobre beneficios de este cuadernillo.d) Incluir copias de documentos que respalden su reclamo, como cartas de médicos, informes operativos, facturas, expedientes médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB).e) Incluir su dirección de correo electrónico (opcional para el miembro), si desea recibir nuestra decisión por correo electrónico. Tome en cuenta que al informarnos su correo electrónico, podemos proporcionar más rápido nuestra decisión. <p>Le proporcionaremos, sin cargo alguno y de manera oportuna, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que nos basemos o que hayamos generado, o conforme a nuestras instrucciones con relación a su reclamo y cualquier nueva justificación para nuestra decisión sobre el reclamo. Le proporcionaremos esta información con suficiente anticipación a la fecha en que se nos dijo que le hiciéramos saber nuestra decisión de reconsideración para darle la oportunidad razonable de respondernos antes de dicha fecha. Sin embargo, si no le damos la nueva evidencia o justificación con suficiente tiempo para que usted responda oportunamente no se invalidará nuestra decisión sobre la reconsideración. Usted puede responder a esa nueva evidencia o justificación en la etapa de revisión de la OPM descrita en el paso 4.</p> |

| | |
|---|--|
| 2 | <p>En el caso de un reclamo después del servicio, tenemos 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud para:</p> <p>a) Pagar el reclamo.</p> <p>b) Escribirle y mantener nuestra denegación.</p> <p>c) Pedirle a usted o a su proveedor más información.</p> <p>Usted o su proveedor deben enviar la información para que la recibamos en los siguientes 60 días de su solicitud. Entonces decidiremos en un plazo adicional de 30 días.</p> <p>Si no recibimos la información en un plazo de 60 días, tomaremos una decisión dentro de los 30 días a partir de la fecha en que debía presentar la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tengamos. Le haremos saber nuestra decisión por escrito.</p> |
| 3 | <p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede pedir a la OPM que la revise.</p> <p>Debe escribir a la OPM en los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 días después de la fecha de nuestra carta que respalda nuestra decisión inicial. • 120 días después de la primera vez que nos escribió, si no respondimos dicha solicitud de alguna manera en los siguientes 30 días. • 120 días después de que le pedimos información adicional. <p>Escriba a la OPM a: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, FEHB 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"> • Una declaración que indique por qué usted considera que nuestra decisión inicial estuvo equivocada, con base en las cláusulas de beneficios específicas incluidas en este cuadernillo. • Copias de documentos que respalden su reclamo, como cartas de médicos, informes operativos, facturas, expedientes médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB). • Copias de todas las cartas que nos envió acerca del reclamo. • Copias de todas las cartas que le enviamos sobre el reclamo. • Su teléfono en horario diurno y la mejor hora para llamar. • Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Tome en cuenta que al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, puede recibir la decisión de la OPM más rápido. <p>Nota: Si desea que la OPM revise más de un reclamo, debe identificar claramente qué documentos se aplican a cada reclamo.</p> <p>Nota: Usted es la única persona que tiene el derecho de presentar un reclamo en disputa ante la OPM. Las partes que actúan como su representante, como proveedores médicos, deben incluir una copia de su consentimiento específico por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo, en el caso de reclamos de atención de urgencia, un profesional de atención médica con conocimiento de su afección médica puede actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.</p> <p>Nota: Los plazos anteriores pueden extenderse si usted muestra que no pudo cumplir con las fechas límites debido a razones fuera de su control.</p> |
| 4 | <p>La OPM revisará su reclamo en disputa y utilizará la información que recolecte de usted y nosotros para decidir si nuestra decisión es correcta. La OPM le enviará una decisión final en los siguientes 60 días. No hay otras apelaciones administrativas.</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso es demandar. Si decide presentar una acción legal, debe presentar la demanda contra la OPM en el tribunal federal hasta el 31 de diciembre del tercer año después del año en que usted recibió los servicios, medicamentos o suministros en disputa o desde el año en que se le denegó la certificación previa o aprobación previa. Esta es la única fecha límite que no se puede extender.</p> <p>La OPM puede divulgar la información que recopile durante el proceso de revisión para respaldar su decisión de reclamo en disputa. Esta información se convertirá en parte del registro del tribunal.</p> <p>Posiblemente no pueda presentar una acción legal hasta que haya completado el proceso de reclamos en disputa. Asimismo, la ley federal rige su acción legal, beneficios y pago de beneficios. El tribunal federal basará su revisión</p> |

| | |
|--|---|
| | en el registro que estaba ante la OPM cuando la OPM decidió respaldar o revocar nuestra decisión. Usted puede recuperar solo el monto de beneficios en disputa. |
|--|---|

Nota: **Si tiene una afección grave o que pone en riesgo la vida** (una que pueda provocar pérdida permanente de la función corporal o la muerte si no se la trata lo más pronto posible) y no indicó que su reclamo era un reclamo de atención de urgencia, llámenos al 877-280-2989. Aceleraremos nuestra revisión (si aún no hemos respondido a su reclamo) o le informaremos a la OPM para que ellos revisen rápidamente su reclamo en apelación. Puede llamar a FEHB 3 de la OPM al 202-606-0737 entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., hora del este.

Recuerde que no tomamos decisiones sobre cuestiones de elegibilidad del plan. Por ejemplo, no determinamos si usted o un dependiente están cubiertos conforme a este plan. Debe presentar los problemas de elegibilidad ante el personal de la agencia/oficina de nómina si es un empleado, ante su sistema de jubilación si es un pensionado, o ante la Oficina de Programas de Compensación a los Trabajadores si está recibiendo beneficios de compensación para los trabajadores.

Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otra cobertura

Cuando tiene otra cobertura médica

Debe indicarnos si usted o un miembro de la familia cubierto tienen cobertura en virtud de cualquier otro plan de salud o tienen seguro para automóvil que pague gastos de atención médica sin importar la falta. A esto se lo denomina “doble cobertura”.

Cuando tiene doble cobertura, un plan normalmente paga sus beneficios en su totalidad como el pagador principal y el otro plan paga un beneficio reducido como el pagador secundario. Nosotros, como otras aseguradoras, determinamos qué cobertura es primaria de acuerdo con los lineamientos generales de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC). Para obtener más información sobre las reglas de la NAIC respecto de la coordinación de beneficios, visite nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com/fehb.

Cuando seamos el pagador primario, pagaremos los beneficios descritos en este cuadernillo.

Cuando seamos el pagador secundario, determinaremos nuestra asignación. Después de que el plan primario pague, pagaremos lo que resta de nuestra asignación, hasta nuestro beneficio regular. No pagaremos más de nuestra asignación.

TRICARE y CHAMPVA

TRICARE es el programa de atención médica para dependientes elegibles de militares y jubilados de las fuerzas armadas. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA proporciona cobertura médica a los veteranos discapacitados y a sus dependientes elegibles. Si TRICARE o CHAMPVA y este plan le cubren, nosotros pagamos primero. Consulte con su asesor de beneficios médicos de TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas acerca de estos programas.

Cobertura FEHB suspendida para inscribirse en TRICARE o CHAMPVA: Si usted es un pensionado o un cónyuge anterior, puede suspender su cobertura de FEHB para inscribirse en uno de estos programas, eliminando su prima de FEHB. (OPM no contribuye a ninguna prima del plan aplicable). Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en FEHB, comuníquese con la oficina de jubilación. Si, posteriormente, desea volver a inscribirse en el Programa FEHB, por lo general, lo puede hacer solo en la próxima temporada abierta, a menos que haya perdido cobertura de manera involuntaria bajo TRICARE o CHAMPVA.

Compensación para los trabajadores

No cubrimos servicios que:

- Usted (o un miembro de la familia cubierto) necesite por una enfermedad o una lesión relacionada con el trabajo que la Oficina de Programas de Compensación a los trabajadores (OWCP) o una agencia federal o estatal similar determine que deben proporcionar.
- La OWCP o una agencia similar pague por medio de un acuerdo de lesiones de terceros u otro procedimiento similar que se base en un reclamo que usted haya presentado de acuerdo con las disposiciones de la OWCP o leyes similares.

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

Medicaid

Cuando tiene este plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

La cobertura de FEHB suspendida para inscribirse en Medicaid o en un programa de asistencia médica similar patrocinado por el estado: Si usted es un pensionado o un cónyuge anterior, puede suspender su cobertura de FEHB para inscribirse en uno de estos programas, eliminando su prima de FEHB. Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en FEHB, comuníquese con la oficina de jubilación. Si, posteriormente, desea volver a inscribirse en el Programa FEHB, por lo general, lo puede hacer solo en la próxima temporada abierta, a menos que haya perdido cobertura de manera involuntaria bajo el programa estatal.

Cuando otras agencias del gobierno son responsables de su atención

No cubrimos servicios y suministros cuando una agencia del gobierno local, estatal o federal los paga directa o indirectamente.

Cuando otros son responsables de sus lesiones

Tenemos el derecho de recibir un reembolso hasta el alcance de los beneficios que hemos pagado o proporcionado en conexión con su lesión o enfermedad. Sin embargo, cubriremos el costo del tratamiento que exceda la cantidad que recibió en el pago.

El reembolso que recibimos del pago tendrá primera prioridad (antes que cualquier derecho de cualquier otra parte) y no se verá impactado por cómo se caracterice, designe o divida la sentencia, el acuerdo u otra recuperación. Nuestro derecho de reembolso no está sujeto a reducción en virtud de los honorarios de los abogados o los costos bajo la doctrina de “fondo común” y se aplica por completo independientemente de si se le compensó en su totalidad por la cantidad total de los daños reclamados.

A nuestro criterio, podemos elegir ejercer nuestro derecho de subrogación y solicitar una recuperación de cualquier parte responsable como sucesor de sus derechos.

Si presenta un reclamo o un caso relacionado con su lesión o su enfermedad, debe notificarnos oportunamente y cooperar con nuestros esfuerzos de reembolso o subrogación.

Cuando tiene cobertura del Plan de seguro dental y de la vista (FEDVIP) para empleados federales

Algunos planes FEHB ya cubren algunos servicios dentales y de la vista. Cuando está cubierto por más de un plan de la vista/dental, la cobertura proporcionada bajo su plan FEHB permanece como su cobertura primaria. La cobertura FEDVIP paga como secundaria a esa cobertura. Cuando se inscribe en un plan dental o de la vista en BENEFEDS.com o por teléfono llamando al 877-888-3337 (TTY 877-889-5680), se le pedirá que proporcione información sobre su plan de FEHB, de modo que sus planes puedan coordinar beneficios. Proporcionar información sobre su plan FEHB puede reducir sus gastos de bolsillo.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico aprobado incluye un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo con relación a la prevención, la detección o el tratamiento de cáncer u otra enfermedad que ponga en riesgo su vida o su estado y que esté financiado a nivel federal, realizado conforme a una solicitud de investigación de nuevo medicamento revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o es un ensayo de medicamentos que está exento del requisito de una solicitud de investigación de nuevo medicamento.

Si usted participa en un ensayo clínico, este plan de salud le proporcionará atención relacionada de la siguiente manera, si no la proporciona el ensayo clínico:

- Costos de atención de rutina: los costos de servicios de rutina como visitas al médico, análisis de laboratorio, radiografías y estudios, así como hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la afección del paciente, ya sea que el paciente esté en un ensayo clínico o esté recibiendo terapia estándar.
- Costos de atención adicionales: costos relacionados con la participación en un ensayo clínico, como pruebas adicionales que un paciente necesite como parte del ensayo, pero no como parte de la atención de rutina del paciente. Este plan cubre algunos de estos costos, dado que el plan determina los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico. Le invitamos a que se comunique con el plan para discutir los servicios específicos si usted participa en un ensayo clínico.
- Costos de investigación: costos relacionados con la realización del ensayo clínico, como tiempo del médico de investigación y del enfermero, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas únicamente con propósitos de investigación. Estos costos generalmente están cubiertos por los ensayos clínicos. Este plan no cubre dichos costos.

Cuando tiene Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad y mayores
- Algunas personas con discapacidades menores de 65 años de edad
- Personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante)

Medicare consta de cuatro partes:

- Parte A (seguro de hospital). La mayoría de las personas no tiene que pagar la Parte A. Si usted o su cónyuge trabajaron por lo menos 10 años en un empleo cubierto por Medicare, debería poder calificar para el seguro libre de prima de la Parte A. (Si usted fue empleado federal en cualquier momento, antes y durante enero de 1983, recibirá crédito por su empleo federal antes de enero de 1983). De lo

contrario, si tiene 65 años de edad o más, puede comprarlo. Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), (TTY 877-486-2048) para obtener más información.

- Parte B (seguro médico). La mayoría de las personas paga mensualmente la Parte B. Generalmente, las primas de la Parte B se retienen de su cheque de Seguro Social mensual o de su cheque de jubilación.
- Parte C (Medicare Advantage). Se puede inscribir en un plan Medicare Advantage para recibir los beneficios de Medicare. Nosotros ofrecemos un plan Medicare Advantage. Revise la información sobre beneficios coordinados con los planes Medicare Advantage en la página siguiente.
- Parte D (Cobertura de medicamentos recetados de Medicare). Hay una prima mensual para la cobertura de la Parte D. Antes de inscribirse en la Parte D de Medicare, revise el importante aviso de divulgación de parte nuestra acerca de la cobertura de medicamentos recetados de FEHB y Medicare. El aviso se encuentra en la primera página interior de este cuadernillo.

Para personas con ingresos y recursos limitados, se cuenta con ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite la Administración del Seguro Social en línea en www.socialsecurity.gov o llámelos al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

¿Debo inscribirme en Medicare?

La decisión para inscribirse en Medicare es suya. Le recomendamos que solicite los beneficios de Medicare tres meses antes de que cumpla 65 años de edad. Es fácil. Simplemente llame a la Administración del Seguro Social a la línea gratuita 800-772-1213 (TTY 800-325-0778) para concertar una cita para hacer la solicitud. Si no solicita una o más partes de Medicare, aún puede estar cubierto bajo el Programa FEHB.

Si puede obtener la cobertura de la Parte A libre de prima, le aconsejamos que se inscriba. La mayoría de los empleados federales y pensionados tiene derecho a la Parte A de Medicare a la edad de 65 años **sin costo**. Cuando no tiene que pagar primas para la Parte A de Medicare, tiene sentido obtener la cobertura.

Puede reducir sus gastos de bolsillo así como los costos para FEHB, lo que le puede ayudar a mantener bajas sus primas de FEHB.

A todas las personas se les carga una prima por la cobertura de la Parte B de Medicare. La Administración del Seguro Social puede proporcionarle información sobre primas y beneficios. Revise la información y decida si tiene sentido para usted comprar la cobertura de la Parte B de Medicare. Si no se inscribe en la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez, se le puede cobrar una penalización por inscripción tardía en la Parte B de Medicare de un 10% de aumento en la prima cada 12 meses que usted no se inscriba. Si no tomó la Parte B a los 65 años de edad porque estaba cubierto conforme a FEHB como un empleado activo (o estaba cubierto por el plan de seguro de salud colectivo de su cónyuge y él/ella era un empleado activo), puede inscribirse en la Parte B (generalmente sin un aumento en la prima) en los siguientes 8 meses a partir del momento en que usted o su cónyuge dejaron de trabajar o ya no estaban cubiertos por el plan colectivo. También puede inscribirse en cualquier momento mientras esté cubierto por el plan colectivo.

Si es elegible para Medicare, puede tener opciones sobre cómo recibir su atención médica. Medicare Advantage es el término utilizado para describir las diferentes opciones del plan de salud privado disponibles para los beneficiarios de Medicare. La información en las páginas siguientes muestra cómo coordinamos beneficios con Medicare, dependiendo de si usted está en el plan Original Medicare o en un plan Medicare Advantage privado.

El plan Medicare Original (Parte A y Parte B)

El plan original de Medicare (Medicare Original) está disponible en todas partes en los Estados Unidos. Es la manera en que todas las personas solían recibir beneficios de Medicare y es la forma en que la mayoría de las personas recibe sus beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare ahora. Puede ir con cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare. El plan Medicare Original paga su parte y usted paga la suya.

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

Cuando está inscrito en Original Medicare junto con este plan, aún debe seguir las reglas que se incluyen en este cuadernillo para que cubramos su atención.

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

Cuando nosotros somos el pagador primario, procesamos primero el reclamo.

Cuando Original Medicare es el pagador primario, Medicare procesa primero su reclamo. En la mayoría de los casos, su reclamo se coordinará automáticamente y luego proporcionaremos los beneficios secundarios para cargos cubiertos. Para saber si necesita hacer algo para presentar su reclamo, llámenos al 877-280-2989 o visite nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com/fehb.

No renunciamos a ningún costo si el plan Original Medicare es su pagador principal.

Vea el siguiente cuadro. Ilustra su costo compartido si está inscrito en la Parte B de Medicare. Medicare será el principal para todos los servicios elegibles de Medicare. Los miembros deben usar los servicios de proveedores que acepten asignación de Medicare.

| Descripción de los beneficios | Costo del miembro sin Medicare | Costo del miembro con la Parte B de Medicare |
|--|--|--|
| Deducible | Opción alta: \$0 Opción estándar: \$300 para una sola persona/\$600 para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia | Opción alta: \$0 Opción estándar: \$300 para una sola persona/\$600 para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia |
| Máximo de gastos de bolsillo | Opción alta: \$5,000 para una sola persona/\$7,000 para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia Opción estándar: \$6,500 para una sola persona/\$7,500 para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia | Opción alta: \$5,000 para una sola persona/\$7,000 para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia Opción estándar: \$6,500 para una sola persona/\$7,500 para una persona más un beneficiario adherente o una persona y la familia |
| Médico de atención primaria | \$0 | \$0 |
| Especialista | Opción alta: \$35 de copago Opción estándar: \$45 de copago | Opción alta: \$35 de copago Opción estándar: \$45 de copago |
| Hospital para pacientes hospitalizados | Opción alta: \$250 de copago por admisión/maternidad; \$250 de copago por día hasta \$750 de copago por admisión/otro 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/otro | Opción alta: \$250 de copago por admisión/maternidad; \$250 de copago por día hasta \$750 de copago por admisión/otro 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/otro |
| Hospital para pacientes ambulatorios | Opción alta: \$250 de copago/centro preferido; \$750 de copago por centro no preferido Opción estándar: \$500 de copago/centro preferido; | Opción alta: \$250 de copago por centro preferido; \$750 de copago por centro no preferido Opción estándar: \$500 de copago/centro preferido; |

| Descripción de los beneficios | Costo del miembro sin Medicare | Costo del miembro con la Parte B de Medicare |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | \$1,000 de copago/centro no preferido | \$1,000 de copago por centro no preferido |

| Descripción de los beneficios | Costo del miembro sin Medicare | Costo del miembro con la Parte B de Medicare |
|-------------------------------|---|---|
| Recetas | <p>Red de farmacias de la opción alta:</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 para medicamentos preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) • Nivel 5: 10% hasta \$250 para medicamentos no preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Red de farmacias de la opción estándar:</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 orales tienen un máximo de \$100) • Nivel 4: 10% hasta \$200 para medicamentos preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) • Nivel 5: 10% hasta \$300 para medicamentos no preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) | <p>Red de farmacias de la opción alta:</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 para medicamentos preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) • Nivel 5: 10% hasta \$250 para medicamentos no preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <p>Red de farmacias de la opción estándar:</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 orales tienen un máximo de \$100) • Nivel 4: 10% hasta \$200 para medicamentos preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) • Nivel 5: 10% hasta \$300 para medicamentos no preferidos en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) |

| Descripción de los beneficios | Costo del miembro sin Medicare | Costo del miembro con la Parte B de Medicare |
|--|--|--|
| Recetas: pedido por correo (suministro de 90 días) | <p>Red de farmacias de la opción alta:</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>Red de farmacias de la opción estándar:</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>Red de farmacias de la opción alta:</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>Red de farmacias de la opción estándar:</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 de Medicare

Debe indicarnos si usted o un miembro de su familia cubierto tiene cobertura de Medicare, y dejarnos obtener información sobre servicios denegados o pagados bajo Medicare, si le preguntamos. También debe decirnos acerca de otra cobertura que usted o miembros de su familia cubiertos puedan tener, ya que esta cobertura puede afectar el estado primario/secundario de este plan y Medicare.

Medicare Advantage (Parte C)

Si es elegible para Medicare, puede elegir inscribirse y obtener sus beneficios de Medicare de un plan Medicare Advantage. Estas son opciones de atención médica privada (como HMO y PPO regionales) en algunas áreas del país.

Para conocer más acerca de los planes Medicare Advantage, comuníquese con Medicare llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227), (TTY 877-486-2048) o visite www.medicare.gov.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, las siguientes opciones están disponibles para usted:

Este plan y nuestro plan Medicare Advantage: Puede inscribirse en nuestro plan Medicare Advantage y también permanecer inscrito en nuestro plan FEHB. En este caso, se aplicará alguna coordinación de beneficios. Para obtener más información sobre nuestros planes Medicare Advantage, llame al 844-280-5555.

Este plan y el plan Medicare Advantage de otro plan: Puede inscribirse en el plan Medicare Advantage de otro plan y también permanecer inscrito en nuestro plan FEHB. Aún proporcionamos beneficios cuando su plan Medicare Advantage es primario, incluso fuera del área de servicio o de la red del plan Medicare Advantage (si utiliza los proveedores de nuestro plan).

Sin embargo, no renunciaremos a ninguno de nuestros copagos, coseguro o deducibles. Infórmenos si se inscribe en un plan Medicare Advantage. Necesitaremos saber si está en el plan Original Medicare o en un plan Medicare Advantage para que podamos coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

Cobertura FEHB suspendida para inscribirse en un plan Medicare Advantage: Si usted es un pensionado o un cónyuge anterior, puede suspender su cobertura de FEHB para inscribirse en un plan Medicare Advantage, eliminando su prima de FEHB. (OPM no contribuye con su prima del plan Medicare Advantage). Para obtener información sobre la suspensión de su inscripción en FEHB, comuníquese con la oficina de jubilación. Si, posteriormente, desea volver a inscribirse en el Programa FEHB, por lo general, lo puede hacer solo en la próxima temporada abierta, a menos que haya perdido cobertura de manera involuntaria o se haya mudado fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

Cobertura de medicamentos

Cuando nosotros somos el pagador primario, procesamos primero el reclamo. Si se inscribe en la Parte D de Medicare y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos los reclamos de sus costos de

**recetados de
Medicare (Parte D)**

medicamentos recetados que no están cubiertos por la Parte D de Medicare y los consideraremos para pago bajo el plan FEHB.

Medicare siempre toma la determinación final con relación a si ellos son el pagador primario. La siguiente tabla ilustra si Medicare o este plan deben ser el pagador primario para usted, de acuerdo con su estado de empleo y otros factores determinados por Medicare. Es muy importante que nos indique si usted o un miembro de su familia cubierto tienen cobertura con Medicare para que podamos administrar correctamente estos requisitos. **(Tener cobertura con más de dos planes de salud puede cambiar el orden de beneficios determinados en esta tabla).**

| Tabla del pagador primario | | |
|--|---|------------------------|
| A. Cuando usted, o su cónyuge cubierto, tiene 65 años de edad o más y tiene Medicare y usted... | El pagador primario para el individuo con Medicare es... | |
| | Medicare | Medicare |
| 1) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como un empleado activo | | ✓ |
| 2) Tiene cobertura de FEHB por su cuenta como un pensionado o por medio de su cónyuge como un pensionado | ✓ | |
| 3) Tiene cobertura de FEHB por medio de su cónyuge que es un empleado activo | | ✓ |
| 4) Se lo ha vuelto a emplear y es un pensionado con el gobierno federal, y su posición se excluye de los FEHB (su oficina de contratación sabría si este es el caso) y usted no está cubierto bajo FEHB a través de su cónyuge bajo el núm. 3 anterior. | ✓ | |
| 5) Se lo ha vuelto a emplear y es un pensionado con el gobierno federal, y su posición no se excluye de los FEHB (su oficina de contratación sabría si este es el caso) y... | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con cobertura de FEHB por su cuenta o a través de su cónyuge quien también es un empleado activo | | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con cobertura de FEHB a través de su cónyuge quien es pensionado | ✓ | |
| 6) Es un juez federal que se jubiló bajo el título 28, U.S.C., o un juez de Tribunal tributario quien se jubiló bajo la sección 7447 del título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto es este tipo de juez) y usted no está cubierto bajo FEHB a través de su cónyuge bajo el núm. 3 anterior | ✓ | |
| 7) Está inscrito en la Parte B únicamente, independientemente de su estado de empleo | ✓ para servicios de la Parte B | ✓ para otros servicios |
| 8) Es un empleado federal que recibe beneficios por discapacidad de la Compensación para los trabajadores durante seis meses o más | ✓* | |
| B. Cuando usted o un miembro de la familia cubierto... | | |
| 1) Tiene únicamente Medicare con base en una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y... | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esto es en los siguientes primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare debido a la ESRD (periodo de coordinación de 30 meses) | | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Está después del periodo de coordinación de 30 meses, y usted o un miembro de su familia todavía tiene derecho a Medicare por la ESRD | ✓ | |
| 2) Llega a ser elegible para Medicare por la ESRD mientras ya es un beneficiario de Medicare y... | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Este plan fue el pagador primario antes de la elegibilidad por la ESRD (durante el periodo de coordinación de 30 meses) | | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare fue el pagador primario antes de la elegibilidad debido a la ESRD | ✓ | |
| 3) Tiene la continuación temporal de cobertura (TCC) y... | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare con base en la edad y discapacidad | ✓ | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare con base en la ESRD (durante el periodo de coordinación de 30 meses) | | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare con base en la ESRD (después del periodo de coordinación de 30 meses) | ✓ | |
| C. Cuando usted o un miembro de la familia cubierto es elegible para Medicare únicamente debido a una discapacidad y usted... | | |
| 1) Cuenta con cobertura de FEHB por su cuenta como empleado activo o a través de un miembro de su familia que es un empleado activo | | ✓ |
| 2) Cuenta con cobertura de FEHB por su cuenta como pensionado o a través de un miembro | ✓ | |

| | | |
|---|---|--|
| de su familia que es un pensionado | | |
| D. Cuando está cubierto conforme a la cláusula de Igualdad de cónyuges de FEHB como cónyuge anterior | ✓ | |

Sección 10. Definiciones de términos que utilizamos en este cuadernillo

| | |
|---|---|
| Año calendario | Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año. Para nuevos afiliados, el año calendario inicia en la fecha de entrada en vigor de su inscripción y finaliza el 31 de diciembre del mismo año. |
| Categorías de costos en ensayos clínicos | <p>Un ensayo clínico aprobado incluye un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo con relación a la prevención, la detección o el tratamiento de cáncer u otra enfermedad que ponga en riesgo su vida o su estado y que esté financiado a nivel federal, realizado conforme a una solicitud de investigación de nuevo medicamento revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o es un ensayo de medicamentos que está exento del requisito de una solicitud de investigación de nuevo medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Costos de atención de rutina: los costos de servicios de rutina como visitas al médico, análisis de laboratorio, radiografías y exploraciones, así como hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento del cáncer del paciente, ya sea que el paciente esté en un ensayo clínico o esté recibiendo terapia estándar.• Costos de atención adicionales: costos relacionados con la participación en un ensayo clínico, como pruebas adicionales que un paciente necesite como parte del ensayo, pero no como parte de la atención de rutina del paciente.• Costos de investigación: costos relacionados con la realización del ensayo clínico, como tiempo del médico de investigación y del enfermero, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas únicamente con propósitos de investigación. Estos costos generalmente están cubiertos por los ensayos clínicos. Este plan no cubre dichos costos. |
| Coseguro | El coseguro es el porcentaje de nuestra asignación que usted debe pagar por su atención. Es posible que también sea responsable de cantidades adicionales. Consulte la página 23. |
| Copago | Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga cuando recibe servicios cubiertos. Consulte la página 23. |
| Costo compartido | Costo compartido es el término general utilizado para hacer referencia a los gastos de bolsillo (p. ej., deducible, coseguro y copagos) para la atención cubierta que usted recibe. |
| Servicios cubiertos | Atención para la que proporcionamos beneficios, como se describe en este cuadernillo. |
| Atención de apoyo | Atención que consiste principalmente para el propósito de asistir en las actividades cotidianas o satisfacer necesidades personales en lugar de médicas, lo cual no es una terapia específica para una enfermedad o lesión y no es atención especializada. |
| Deducible | Un deducible es una cantidad fija de gastos cubiertos en el que debe incurrir por ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que empecemos a pagar beneficios para dichos servicios. Consulte la página 23. |
| Servicio experimental o de investigación | Aquellos procedimientos o artículos determinados por GlobalHealth que no son generalmente aceptados por la comunidad médica. |
| Cobertura de salud colectiva | Beneficios médicos proporcionados a un grupo de personas, usualmente a través de un empleador, por una póliza o contrato único en intercambio de una prima. |
| Profesional de atención médica | Un médico u otro profesional de atención médica autorizado, acreditado o certificado para prestar servicios de salud específicos de acuerdo con la ley estatal. |
| Necesidad médica | Servicios que determinamos como apropiados para el tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad o de una lesión. |
| Centros no preferidos | Un centro que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios con descuento. Usted pagará el costo compartido más alto al seleccionar estos centros en lugar de un centro preferido. |
| Asignación del plan | <p>La asignación del plan es la cantidad que usamos para determinar nuestro pago y su coseguro para servicios cubiertos. Los planes determinan sus asignaciones en formas diferentes. Nosotros determinamos nuestra asignación con base en tarifas contractuales con nuestros proveedores.</p> <p>GlobalHealth ofrece copagos fijos en todos los servicios, excepto el equipo médico duradero, los aparatos ortopédicos, las prótesis que no se implantan quirúrgicamente, audífonos y medicamentos de especialidad que tienen coseguro. Los copagos no varían según la cantidad permitida.</p> |

| | |
|---|---|
| Reclamos después del servicio | Cualquier reclamo que no sea reclamo previo al servicio. En otras palabras, los reclamos después del servicio son aquellos reclamos donde el tratamiento se administró y los reclamos se enviaron para solicitar los beneficios. |
| Centro preferido | Un centro que tiene un contrato con GlobalHealth para proporcionarle servicios con descuento. Usted pagará el costo compartido más bajo al seleccionar estos centros en lugar de un centro no preferido. |
| Reclamos previos al servicio | Aquellos reclamos (1) que requieren certificación previa, aprobación previa o una derivación y (2) donde no se obtuvo certificación previa, aprobación previa o una derivación, lo que derivó en una reducción de beneficios. |
| Reembolso | La búsqueda de una recuperación por parte de una compañía de seguro si una persona cubierta ha sufrido una enfermedad o una lesión y ha recibido, en conexión con esa enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable, o póliza de seguro o programa de , y los términos del plan de beneficios de salud de la compañía de seguro exigen que la persona cubierta, como consecuencia de ese pago, reembolse a la compañía el pago en la medida de los beneficios que haya pagado o proporcionado inicialmente. El derecho de reembolso se complementa con el derecho de subrogación y no lo excluye. |
| Subrogación | La búsqueda de la recuperación por parte de la compañía de seguro de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable o cualquier póliza de seguro o un programa de compensación para los trabajadores como sucesor de los derechos de una persona cubierta que ha sufrido una enfermedad o una lesión y ha obtenido beneficios del plan de beneficios de salud de esa compañía de seguro. |
| Reclamos de atención de urgencia | <p>Un reclamo de atención o tratamiento médico es un reclamo de atención de urgencia, si esperar el límite de tiempo regular para reclamos de atención que no sea de urgencia podría tener uno de los siguientes impactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperar podría poner en grave riesgo su vida o salud. • Esperar podría poner seriamente en peligro su capacidad de recuperar la función máxima. • En la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, esperar le provocaría dolor intenso que no se podría controlar adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el motivo del reclamo. <p>Los reclamos de atención de urgencia generalmente involucran reclamos previos al servicio y reclamos después del servicio. Evaluaremos si un reclamo es un reclamo de atención de urgencia aplicando el juicio de una persona prudente que no sea experta y que tenga un conocimiento promedio de salud y de medicina.</p> <p>Si considera que su reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia, comuníquese con nuestro departamento de Servicio al cliente llamando al 877-280-2989. También puede demostrar que su reclamo es de atención de urgencia proporcionando evidencia de que un médico con conocimiento de su afección médica ha determinado que su reclamo involucra atención de urgencia.</p> |
| Nosotros | Nosotros hace referencia a GlobalHealth. |
| Usted | Usted se refiere al inscrito y a cada miembro de la familia cubierto. |

Sección 11. Otros programas federales

Tome en cuenta que los siguientes programas no son parte de sus beneficios FEHB. Estos son programas federales separados que complementan sus beneficios FEHB y pueden reducir potencialmente sus gastos de bolsillo anuales. Estos programas se ofrecen de manera independiente del Programa FEHB y le piden que se inscriba en forma separada sin contribución del gobierno.

Información importante sobre cuatro programas federales que complementan el programa de FEHB

Primero, el **Programa Federal Cuenta de Gastos Flexibles**, también conocido como FSAFEDS, le permite apartar dinero antes de los impuestos de su salario para reembolsarle la atención por dependientes elegibles o gastos de atención médica. Usted paga menos en impuestos así que ahorra dinero. Los empleados participantes ahorran un promedio de aproximadamente 30% en productos y servicios que pagan rutinariamente por gastos de bolsillo.

Segundo, el **Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP)** proporciona seguro integral dental y de la vista a tarifas colectivas competitivas. Existen diferentes planes para elegir. Bajo el FEDVIP, usted puede elegir cobertura para una sola persona, para una persona más un beneficiario adherente o para una persona y la familia para usted y cualquier dependiente elegible.

Tercero, el **Programa Federal de Seguro para Atención a Largo Plazo (FLTCIP)** puede ayudarlo a cubrir costos, que no sean cubiertos bajo el Programa FEHB.

Cuarto, el **Seguro de Vida Colectivo para Empleados Federales (FEGLI)** puede proteger a su familia de los onerosos costos funerarios y de la inesperada pérdida de sus ingresos.

Programa Federal de Cuenta de Gastos Flexibles (FSAFEDS)

¿Qué es una FSA?

Es una cuenta donde usted contribuye con dinero de su salario **ANTES** de retener los impuestos, luego incurre en gastos elegibles y obtiene un reembolso. Usted paga menos en impuestos así que ahorra dinero. **Los pensionados no son elegibles para inscribirse.**

Existen tres tipos de FSA ofrecidos por el FSAFEDS. Cada tipo tiene una elección anual mínima de \$100. La elección anual máxima para una cuenta de gastos flexibles de atención médica (HCFSA) o una cuenta de gastos de atención médica de gastos limitados (LEX HCFSA) es de \$2,600 por persona. La elección anual máxima para una cuenta de gastos flexibles de atención para dependientes (DCFSA) es de \$5,000 por hogar.

- **Atención médica FSA (Health Care FSA, HCFSA):** le reembolsa los gastos de atención médica de gastos de bolsillo elegibles (como copagos, deducibles, medicamentos de venta libre **recetados por el médico**, gastos de atención dental y de la vista, y mucho más) para usted y sus dependientes fiscales, incluidos los menores adultos (hasta el final del año calendario en que cumplen 26 años de edad).

El FSAFEDS ofrece reembolsos electrónicos para su HCFSA a través de varios planes FEHB y FEDVIP. Esto significa que cuando usted o su proveedor presenta reclamos con su plan FEHB o FEDVIP, FSAFEDS automáticamente le reembolsará sus gastos de bolsillo elegibles con base en la información del reclamo que reciba de su plan.

- **Atención médica de gastos limitados FSA (Limited Expense Health Care FSA, LEX HCFSA):** Diseñada para los empleados inscritos o cubiertos por un plan de salud con deducibles altos con una cuenta de ahorros de salud. Los gastos elegibles se limitan a gastos de bolsillo de atención dental y de la vista para usted y sus dependientes fiscales, incluidos menores adultos (hasta el final del año calendario en que cumplen 26 años de edad).
- **Atención para dependientes FSA (Dependent Care FSA, DCFSA):** le reembolsa los gastos de cuidado infantil **no médico** elegibles para sus hijos menores de 13 años de edad o para cualquier persona que usted reclame como dependiente en su declaración de impuestos federales y que es mental o físicamente incapaz de cuidar de sí misma. Usted (y su cónyuge, si está casado) debe estar trabajando, buscando trabajo (se deben tener ingresos durante el año) o asistir a la escuela a tiempo completo para poder ser elegible para DCFSA.
- Si usted es un empleado nuevo o recientemente elegible, tiene 60 días a partir de la fecha de su contratación para inscribirse en una HCFSA o LEX HCFSA o DCFSA, pero debe inscribirse antes del 1 de octubre. Si está contratado o se convierte en elegible el 1 de octubre o después de esa fecha, debe esperar e inscribirse durante la temporada abierta de beneficios federales que se celebra cada otoño.

¿Dónde puedo obtener más información sobre FSAFEDS?

Visite www.FSAFEDS.com o llame a un asesor de beneficios de FSAFEDS a la línea gratuita 877-FSAFEDS 877-372-3337 (TTY, 866-353-8058), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 9 p. m., hora del este.

Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP)

Información importante

El Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP) está separado y es diferente al Programa FEHB. **Este programa proporciona seguro integral dental y de la vista a tarifas colectivas competitivas sin limitaciones de afecciones preexistentes para la inscripción.**

FEDVIP está disponible para los empleados federales y del Servicio postal elegibles, jubilados y miembros de la familia elegibles de acuerdo con la forma un afiliado paga todo. Las primas del empleado se retienen del salario antes de los impuestos. A partir de 2019, FEDVIP también estará disponible para los jubilados que tienen TRICARE y sus familiares elegibles durante la temporada abierta de beneficios federales de 2018. Los miembros de la familia en servicio activo son elegibles para inscribirse en el seguro de la vista de FEDVIP. Tanto los jubilados como los miembros de la familia en servicio activo deben estar inscritos en un plan de salud de TRICARE para inscribirse en un plan de la vista de FEDVIP.

Seguro dental

Todos los planes dentales proporcionan una amplia gama de servicios, que incluyen:

- Servicios de clase A (básicos), que incluyen exámenes orales, profilaxis, evaluaciones de diagnóstico, selladores y radiografías.
- Servicios de clase B (intermedios), que incluyen procedimientos de restauración como rellenos, coronas de acero inoxidable prefabricadas, raspado periodontal, extracciones de dientes y ajustes de prótesis dentales.
- Servicios de clase C (mayor), que incluyen servicios endodónticos como canales, servicios periodontales como gingivectomía, servicios mayores de restauración como coronas, cirugía oral, puentes y servicios prostodónticos, como prótesis dentales completas.
- Servicios de clase D (ortodoncia) con un periodo de espera de hasta 12 meses. La mayoría de los planes dentales de FEDVIP cubren ortodoncia para adultos, pero puede tener limitaciones. Revise su cuadernillo del plan dental FEDVIP para conocer información sobre este beneficio.

Seguro de la vista

Todos los planes para la vista proporcionan exámenes y cobertura integrales de la vista para que usted elija lentes y marcos o lentes de contacto. También pueden estar disponibles otros beneficios como descuentos en cirugía LASIK.

Información adicional

Puede encontrar una comparación de los planes disponibles y sus primas en el sitio web de la OPM en www.opm.gov/dentaly www.opm.gov/vision. Estos sitios también proporcionan vínculos a cada sitio web del plan, en donde usted puede ver información detallada sobre beneficios y proveedores preferidos.

¿Cómo me inscribo?

Se inscribe en línea en www.BENEFEDS.com. Las personas que no tienen acceso a una computadora pueden llamar al 877-888-3337, (TTY 877-889-5680).

Programa Federal de Seguro de Atención a Largo Plazo (FLTCIP)

Es protección importante

El Programa Federal de Seguro de Atención a Largo Plazo (FLTCIP) puede ayudarle a pagar el potencialmente alto costo de los servicios de atención a largo plazo, los cuales no están cubiertos por los planes FEHB. La atención a largo plazo es ayuda que usted recibe para realizar actividades de su vida cotidiana, como bañarse o vestirse, o la supervisión que recibe debido a una incapacidad cognitiva severa como la enfermedad de Alzheimer. La atención a largo plazo se puede recibir en su casa, en un asilo, en un centro para vivir de manera asistida o en un centro para cuidado de adultos. Usted debe presentar una solicitud, responder preguntas sobre salud (lo que se denomina aseguramiento) y recibir la aprobación para la inscripción. Los empleados y pensionados federales y del Servicio postal de EE. UU., miembros activos y jubilados de los servicios uniformados y parientes calificados, son elegibles para presentar la solicitud.

Sus familiares calificados pueden presentar una solicitud incluso si usted no lo hace. Ciertas afecciones médicas o combinaciones de afecciones no permitirán que algunas personas sean aprobadas para recibir cobertura. Usted debe presentar su solicitud para saber si será aprobado para la inscripción. Para obtener

más información, llame al 800-LTC-FEDS 800-582-3337, (TTY 800-843-3557) o visite www.ltcfeds.com.

Programa de Seguro de Vida Colectivo para Empleados Federales (FEGLI)

Tranquilidad para usted y su familia

El Seguro de Vida Colectivo para Empleados Federales (FEGLI) puede proteger a su familia de los onerosos costos funerarios y de la inesperada pérdida de sus ingresos. Usted puede obtener cobertura de seguro de vida a partir del salario de un año hasta más de seis veces su salario, con muchas opciones intermedias. También puede obtener cobertura por la vida de su cónyuge y de sus hijos dependientes solteros menores de 22 años de edad. Puede continuar con su cobertura hasta la jubilación si cumple con determinados requisitos. Para obtener más información, visite www.opm.gov/life.

Índice

No confíe en esta página; está diseñada para su conveniencia y es posible que no muestre todas las páginas en las que aparecen los términos.

- Abuso de sustancias**, 13, 44, 63–65, 79, 83
- Alergia, 43
- Ambulancia, 15–20, 54–62
- Anestesia, 6–7, 14, 45–58, 75–76
- Anomalías congénitas, 45–53
- Anteojos, 43
- Aprobación previa, 15–20, 59–62, 66–74, 82, 85–87, 96–97
- Atención de la vista, 38, 89, 98–100, 102–3
- Atención de urgencia, 12–13, 15–20, 43, 59–62, 66–74, 83–87, 96–97, 102–3
- Atención dental, 52–53, 75–76, 89, 98–100
- Atención en centros de enfermería especializada, 16, 26–27, 52–53, 56–57, 82
- Atención para recién nacidos, 31–32, 45–46
- Atención preventiva, adultos, 43
- Atención preventiva, niños, 43
- Beneficios fuera de FEHB**, 81
- Beneficios para salud mental/por abuso de sustancias, 63–65, 83
- Beneficios por maternidad, 43, 54–55
- Biopsia, 45–53
- Cambios para 2019**, 14
- Certificación previa, 15–20, 26–58, 66–74, 85–87, 96–97
- Cirugía
- ambulatoria, 14–20, 23–65, 75–76, 88–95, 102–3
 - anestesia, 6–7, 45–58, 75–76
 - oral, 12–20, 25–53, 66–74, 77–80, 83–84, 88–95, 98–100, 102–3
 - reconstructiva, 45–53
- compensación para los trabajadores, 97
- Compensación para los trabajadores, 87
- Continuación temporal de cobertura (TCC), 3–5, 8–11
- Coseguro, 12–13, 15–22, 43, 66–74, 83–84, 88–97, 102–3
- Costo compartido, 21, 96
- Deducible**, 8–13, 15–22, 23–65, 75–76, 81, 83–84, 88–100, 103
- Definiciones, 23–76, 96–97, 102–3
- Dejar de fumar, 44
- Emergencia**, 12–13, 15–20, 54–62, 66–76, 82–84, 102–3
- Emergencia dentro de nuestra área de servicio, 59–62
- Emergencia fuera de nuestra área de servicio, 59–62
- Enfermero, 6–11, 43, 54–58, 66–74, 77–80, 88–97
- Enfermero anestesta (NA), 54–55
- enfermero profesional con licencia (LPN), 43
- Enfermero registrado (RN), 77
- enfermero registrado (RN), 43
- Equipo médico duradero, 12–13, 15–22, 43, 66–74, 96–97
- Exclusiones generales, 25, 82
- Experimental o de investigación, 82, 96
- Fecha de entrada en vigor de la inscripción**, 15–20
- Férulas, 54–58
- Fraude, 3–5, 8–11
- Gastos de bolsillo**, 12–13, 21–22, 88–95, 98–100
- Gastos del donante, 33–34, 48–52
- Habitación y comidas**, 54–58, 63–65
- Hospital, 8–13, 15–22, 26–55, 75–76, 83–97, 102–3
- Imágenes por resonancia magnética (MRI)**, 27–28
- Infertilidad, 15–20, 43
- Insulina, 43, 66–74
- Jeringas**, 43, 66–74
- Lesión accidental**, 45–53, 59–62, 75–76, 82
- Lesión ocular, 43
- Mamografías**, 15–20, 43
- Medicaid, 88–95
- Medicamentos recetados, 12–20, 25–44, 66–74, 83–84, 102–3
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, 72–74
- Medicare, 1, 81, 83, 88–95
- Médico, 12–13, 15–22, 25–74, 77–80, 83–100, 102–3
- Muletas, 43
- Necesario desde el punto de vista médico**, 15–20, 23–76, 82, 88–95
- Original Medicare**, 88–95
- Oxígeno, 43, 54–58
- Paciente ambulatorio**, 14–20, 23–65, 75–76, 88–95
- Paciente hospitalizado, 6–7, 15–20, 26–58, 63–65, 75–76, 95, 102–3
- Planificación familiar, 43
- Procedimiento quirúrgico maxilofacial y bucal, 48
- Protección en situación catastrófica, 12–13, 21–22, 81
- Prótesis, 15–20, 26–53
- Prueba de detección de cáncer colorrectal, 28–30
- Prueba de Papanicolaou, 43
- Prueba de sangre oculta en heces, 15–20, 43
- Pruebas de colesterol, 28–30
- Psicólogo, 43, 54–58, 63–74
- Quimioterapia**, 15–20, 43, 45–58, 66–74, 88–95, 102–3
- Quiropráctica, 14–20, 43
- Radiografías**, 25–58, 75–76, 88–100
- Radioterapia, 43, 54–58
- Reclamos, 8–13, 15–20, 25, 77–80, 85–100
- Reconstructiva, 45–53
- Revisión de reclamos en disputa, 15–20, 83–84
- Segunda opinión quirúrgica**, 43
- Servicios cubiertos, 13, 15–22, 23–76, 83–84, 96–97
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar, 15–20, 43
- Servicios de diagnóstico, 26–28, 31–32, 37–38, 45–46, 63–64, 76, 99
- Servicios de rehabilitación, 36–37
- Servicios preventivos, 43, 72–76
- Sillas de ruedas, 43
- Subrogación, 88–97
- Terapia del habla**, 15–20, 36–37, 41–43
- Terapia ocupacional, 15–20, 37–38
- Trabajador social, 63–65
- Trasplante autólogo de médula ósea, 43
- Trasplantes, 14, 26–53, 82
- Tratamiento para dejar el tabaco, 73–74, 77–80
- Tratamientos, 43
- Tratamientos alternativos, 43
- Vacunas**, 12–13, 43
- Vendajes, 54–58
- Visitas al consultorio, 12–13
- Visitas en el consultorio, 43, 63–65
- Yesos**, 54–58, 81

Resumen de beneficios para la opción alta de GlobalHealth, Inc. - 2019

- **No se base únicamente en esta tabla.** Todos los beneficios se proporcionan en su totalidad, a menos que se indique y estén sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este cuadernillo. Puede obtener una copia de nuestro Resumen de beneficios y cobertura en www.GlobalHealth.com. En esta página, resumimos los gastos específicos que cubrimos, para obtener más detalles, consulte aquí.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este plan, asegúrese de colocar el código correcto de inscripción de la portada en su formulario de inscripción.
- Solamente cubrimos servicios proporcionados o coordinados por médicos del plan, excepto en casos de emergencia.

| Beneficios de opción alta | Usted paga | Página |
|---|---|--------|
| Servicios médicos proporcionados por médicos: Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio | Copago por visita en el consultorio: nada para atención primaria; \$35 para especialista | 26 |
| Servicios proporcionados por un hospital: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente hospitalizado • Paciente ambulatorio | Paciente hospitalizado: \$250 de copago por día hasta un máximo de \$750 de copago por admisión; paciente ambulatorio: \$250 de copago en un centro preferido; \$750 de copago en un centro preferido | 55 |
| Beneficios de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro del área • Fuera del área | Nada por visita al PCP; \$35 de copago por visita a un especialista; \$25 de copago por visita de atención de urgencia; \$250 de copago por visita a la sala de emergencias | 59 |
| Tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: | Visita al consultorio: Nada; paciente hospitalizado: \$250 de copago por día hasta un máximo de \$750 de copago por admisión; hospital para pacientes ambulatorios: \$250 de copago por admisión | 63 |
| Medicamentos recetados: <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de 30 días en farmacias minoristas o de especialidades | <u>Nivel uno:</u> medicamentos genéricos cubiertos; \$4/\$12 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos:</u> medicamentos de marca preferidos cubiertos; \$50 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres:</u> medicamentos no preferidos cubiertos; \$80 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel cuatro:</u> medicamentos de especialidad preferidos cubiertos; 10% de coseguro con un máximo de \$150 en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <u>Nivel cinco:</u> medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos; 10% de coseguro con un máximo de \$250 en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) | 69 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pedido por correo y suministro prolongado: suministro de 90 días | <u>Nivel uno:</u> medicamentos genéricos cubiertos; \$8/\$24 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos:</u> medicamentos de marca preferidos cubiertos; \$125 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres:</u> medicamentos no preferidos cubiertos; \$240 de copago en una farmacia de la red | 70 |
| Atención de la vista: | Una refracción de la vista anualmente: \$40 de copago | 38 |
| Costos de protección contra catástrofes (máximo de gastos de bolsillo): | Nada después de inscripción anual de \$5,000/una sola persona o \$7,000/una persona más un beneficiario adherente o \$7,000/una persona y la familia. Algunos costos no cuentan para esta protección. | 19 |

Resumen de beneficios para la opción estándar de GlobalHealth, Inc. - 2019

- No se base únicamente en esta tabla. Todos los beneficios se proporcionan en su totalidad, a menos que se indique y estén sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este cuadernillo. Puede obtener una copia de nuestro Resumen de beneficios y cobertura en www.GlobalHealth.com En esta página, resumimos los gastos específicos que cubrimos, para obtener más detalles, consulte aquí.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este plan, asegúrese de colocar el código correcto de inscripción de la portada en su formulario de inscripción.
- Solamente cubrimos servicios proporcionados o coordinados por médicos del plan, excepto en casos de emergencia.
- A continuación, un asterisco (*) significa que el artículo está sujeto al deducible por año calendario de \$300.

| Beneficios de opción estándar | Usted paga | Página |
|---|---|--------|
| Servicios médicos proporcionados por médicos: Servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados en el consultorio | Copago por visita en el consultorio: Nada para atención primaria; \$45 para especialista | 28 |
| Servicios proporcionados por un hospital: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente hospitalizado • Paciente ambulatorio | *Paciente hospitalizado: \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,500 de copago por admisión; *paciente ambulatorio: \$500 de copago en un centro preferido; \$1,000 de copago en un centro no preferido | 57 |
| Beneficios de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro del área • Fuera del área | Nada por visita al PCP; \$45 de copago por visita a un especialista; \$45 de copago por visita de atención de urgencia; *\$300 de copago por visita a la sala de emergencias | 59 |
| Tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: | Visita al consultorio: Nada; *paciente hospitalizado: \$500 de copago por día hasta un máximo de \$1,500 de copago por admisión; *hospital para pacientes ambulatorios: \$500 de copago por admisión | 63 |
| Medicamentos recetados: <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de 30 días en farmacias minoristas o de especialidades | <u>Nivel uno:</u> medicamentos genéricos cubiertos; \$6/\$15 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos:</u> medicamentos de marca preferidos cubiertos; \$70 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres:</u> medicamentos no preferidos cubiertos; \$105 de copago en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <u>Nivel cuatro:</u> medicamentos de especialidad preferidos cubiertos; 10% de coseguro con un máximo de \$200 en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) <u>Nivel cinco:</u> medicamentos de especialidad no preferidos cubiertos; 10% de coseguro con un máximo de \$300 en una farmacia de la red (los medicamentos de quimioterapia orales tienen un máximo de \$100) | 69 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pedido por correo y suministro prolongado: suministro de 90 días | <u>Nivel uno:</u> medicamentos genéricos cubiertos; \$12/\$30 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel dos:</u> medicamentos de marca preferidos cubiertos; \$150 de copago en una farmacia de la red <u>Nivel tres:</u> medicamentos no preferidos cubiertos; \$270 de copago en una farmacia de la red | 70 |
| Atención de la vista: | Una refracción de la vista anualmente: \$40 de copago | 38 |

| | | |
|--|---|----|
| Costos de protección contra catástrofes (máximo de gastos de bolsillo): | Nada después de la inscripción anual de \$6,500/una sola persona; \$7,500/una persona más un beneficiario adherente o \$7,500/una persona y la familia. Algunos costos no cuentan para esta protección. | 19 |
|--|---|----|

Notas

Notas

Notas

Información sobre las tarifas de 2019 de GlobalHealth, Inc.

Para comparar sus opciones de planes de salud de FEHB, visite www.opm.gov/fehbcompare.

Para revisar las tarifas de las primas de todas las opciones de planes de salud de FEHB, visite www.opm.gov/FEHBpremiums o www.opm.gov/Tribalpremium.

Las **tarifas no postales** se aplican a la mayoría de los empleados no postales. Si está en una categoría de inscripción especial, comuníquese con la agencia que mantiene su inscripción de beneficios de salud.

Las tarifas postales se aplican a los empleados del Servicio Postal de los Estados Unidos de la siguiente manera:

- Las **tarifas postales de la categoría 1** se aplican a los empleados de nivel profesional de la unidad de negociación que están representados por los siguientes acuerdos: APWU, IT/AS, NALC, NPMHU y NRLCA.
- Si usted es un empleado de nivel profesional de la unidad de negociación representado por el acuerdo con NPPN, encontrará las tarifas de sus primas en <https://liteblue.usps.gov/fehb>.
- Las **tarifas postales de la categoría 2** se aplican a los empleados de nivel profesional de la unidad de negociación que están representados por el siguiente acuerdo: PPOA.

Las tarifas no postales se aplican a todos los empleados de nivel profesional que no pertenecen a la unidad de negociación del Servicio Postal. Las tarifas postales no se aplican a empleados postales que no sean de nivel profesional, jubilados postales o miembros asociados de cualquier organización de empleados postales que no sean empleados postales de nivel profesional.

Si usted es empleado del Servicio Postal y tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con:

Centro de Servicios Compartidos de Recursos Humanos del USPS: 877-477-3273, opción 5, Servicio Federal de Retransmisión 800-877-8339

Las primas para empleados tribales se muestran en la columna Prima no postal, Mensual. La cantidad que se muestra bajo la contribución de los empleados es el máximo que pagará. Su empleador tribal puede elegir contribuir con una porción mayor de su prima. Comuníquese con su Oficial de Beneficios Tribales para conocer las tarifas exactas.

| Tipo de inscripción | Código de inscripción | Prima no postal | | | | Prima postal | |
|--|-----------------------|------------------------|------------------|------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Quincenal | | Mensual | | Quincenal | |
| | | Participación del gob. | Su participación | Participación del gob. | Su participación | Categoría 1 Su participación | Categoría 2 Su participación |
| Estado de Oklahoma, Oklahoma | | | | | | | |
| Opción alta: una sola persona | IM1 | \$214.27 | \$71.42 | \$464.25 | \$154.75 | \$68.57 | \$59.28 |
| Opción alta: una persona más un beneficiario adherente | IM3 | \$428.54 | \$142.85 | \$928.51 | \$309.50 | \$137.13 | \$118.56 |
| Opción alta: una persona y la familia | IM2 | \$525.32 | \$188.92 | \$1,138.19 | \$409.33 | \$181.62 | \$159.74 |
| Opción estándar: una sola persona | IM4 | \$208.44 | \$69.48 | \$451.62 | \$150.54 | \$66.70 | \$57.67 |
| Opción estándar: una persona más un beneficiario adherente | IM6 | \$416.88 | \$138.96 | \$903.24 | \$301.08 | \$133.40 | \$115.34 |

| | | | | | | | |
|--|-----|----------|----------|------------|----------|----------|----------|
| Opción estándar: una persona y la familia | IM5 | \$521.10 | \$173.70 | \$1,129.05 | \$376.35 | \$166.75 | \$144.17 |
|--|-----|----------|----------|------------|----------|----------|----------|