



**Mejores
beneficios.
Acceso más fácil.
Más vida.**

Atención que sigue el ritmo de su vida.

Donde sea que esté, lo tenemos cubierto.



EPO Blue/PPO Blue

UFCW Health & Welfare Fund of
Northeastern Pennsylvania

Empire Kosher

Hola:

Sabemos que elegir una cobertura es más que solo la atención médica. Es también tranquilidad. Por eso cuando elige la cobertura de Highmark, obtiene un plan que es fácil de entender, fácil de usar y fácil de que le encante.

Con Highmark, tiene acceso a programas de bienestar personalizados, herramientas útiles en línea y asistencia 24/7 para cualquier pregunta que pueda tener en el camino.

Esperamos ayudarlo a sentirse lo mejor posible.

Thomas A. Doran

Presidente, Highmark Health Plans

Índice

Por qué Highmark	1
Información del producto/Resumen de beneficios	7
Programa de prevención	23
Cobertura de medicamentos con receta	33
Bienestar	41
Herramientas y recursos de salud	45
Otra información importante	49

Por qué Highmark





BLUES ON CALLSM

Respuestas de un profesional médico, 24/7.

¿Tiene preocupaciones médicas fuera del horario de atención? Llame al teléfono que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o comuníquese desde la aplicación My Highmark para recibir ayuda de un enfermero registrado en cualquier momento y aliviar sus preocupaciones.



WELL360 VIRTUAL HEALTH

Atención personalizada, cuando y donde quiera.

Reciba atención cuando y donde la necesite con Well360 Virtual Health. Un médico certificado por la junta puede verlo de inmediato. Regístrese en myhighmark.com o inicie sesión si ya está usando el sitio de Amwell[®].



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES

Sugerencias para prevenir la diabetes.

Disminuya su riesgo con estrategias sencillas, eficaces y prácticas.



ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Estará cubierto cuando más lo necesite.

La atención de emergencia siempre está cubierta en el nivel dentro de la red, donde sea que la reciba. Así que no lo dude. Si cree que es una emergencia, vaya directamente a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Su plan también puede cubrir la atención de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos. Revise el Resumen de beneficios para obtener más información.



ATENCIÓN EN TODO EL MUNDO

Apoyo en todo el mundo.

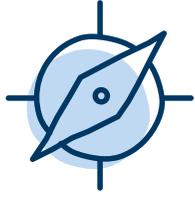
No importa a dónde viaje, el programa Blue Cross Blue Shield Global[®] Core le da acceso a proveedores para cubrir sus necesidades de atención médica. Para obtener ayuda en cualquier parte del mundo, llame al 1-800-810-BLUE.



ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Reciba también atención para su mente.

Highmark cubre una amplia gama de servicios de salud mental, incluyendo orientación y tratamiento. Puede elegir entre varios proveedores en su plan para el tipo de atención que se adapte mejor a su situación.



ATENCIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Guía para seguir el plan.

Highmark cubre una amplia gama de servicios para trastornos por consumo de sustancias. Elija de nuestra lista de proveedores al profesional especializado que usted siente que le dará la atención necesaria.



ATENCIÓN DE MATERNIDAD

La atención para las madres incluye mucho más que el trabajo de parto y el parto.

Con Highmark, tiene acceso a numerosos centros diseñados en torno a la atención de la mujer, atención personalizada y centrada en la familia en ese momento especial.

También tiene acceso a programas centrados en la tecnología avanzada y experiencia en atención neonatal y atención especializada de ginecología y obstetricia. Con Highmark, puede esperar atención experta de:

- Ginecólogos y obstetras especializados en embarazos de alto riesgo, medicina maternofoetal y fertilidad.
- Pediatras y subespecialistas pediátricos certificados por la junta.
- Expertos certificados en parto y lactancia.

Programa Baby Blueprints®

El embarazo puede ser emocionante y abrumador a la vez. Por eso, el programa Baby Blueprints de Highmark la guía en cada paso del proceso. Es un programa sin costo con recursos educativos y atención personalizada de su propio coach de salud especialmente capacitado.

Llame al 1-866-918-5267 para aprovechar Baby Blueprints hoy mismo.

Información sobre el producto/Resumen de beneficios



Así es como Highmark lo simplifica para usted:

Acceso a proveedores en todo el país mediante el programa BlueCard®.

Tiene acceso a las redes más grandes de médicos y hospitales en EE. UU. con más de 1.7 millones de proveedores, incluyendo el 95% de todos los hospitales.*

Y cuando viaja a destinos internacionales, está cubierto en 190 países mediante el programa Blue Cross Blue Shield Global® Core.

Fácil acceso a los mejores especialistas.

Muchos de los especialistas de nuestra red han obtenido el estado de Blue Distinction por su seguridad y resultados excepcionales. Eso significa excelente atención especializada para usted en todos los campos. Muy fácil.

Apoyo total, de día o de noche.

Si necesita respuestas de enfermeros registrados 24/7, un diagnóstico o una receta por videollamada, o simplemente ayuda para programar sus visitas con el médico, estamos a su disposición siempre que nos necesite.

Además, tiene cobertura cerca de su casa.

Nuestra red de proveedores locales le da fácil acceso a hospitales y médicos en su comunidad. Tendrá cobertura de salud conductual, atención por cáncer, cardiología, atención infantil, neurociencia, atención para la mujer y también atención especializada local.

¿Necesita ayuda para buscar médicos y hospitales de primera calidad?

Para buscar proveedores dentro de la red:

1. Vaya a highmark.com/find-a-doctor.
2. Elija un plan de la lista.
3. Escriba un nombre o una especialidad en la ventana de búsqueda.

Con el plan EPO, recuerde que no tendrá los beneficios si consulta a proveedores fuera de la red, a menos que sea por servicios de emergencia. Por lo tanto, verifique que el proveedor esté dentro de la red antes de recibir la atención.

Para obtener ayuda por teléfono, llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

PPOBLUE

Así es como Highmark lo simplifica para usted:

Acceso a proveedores en todo el país mediante el programa BlueCard®.

Tiene acceso a las redes más grandes de médicos y hospitales en EE. UU. con más de 1.7 millones de proveedores, incluyendo el 95% de todos los hospitales.*

Y cuando viaja a destinos internacionales, está cubierto en 190 países mediante el programa Blue Cross Blue Shield Global® Core.

Además, tiene cobertura cerca de su casa.

Nuestra red de proveedores del noreste de Pensilvania cubre 13 condados con fácil acceso a hospitales y médicos en su comunidad. Tendrá cobertura de salud conductual, atención por cáncer, cardiología, atención infantil, neurociencia, atención para la mujer y también atención especializada local.

Fácil acceso a los mejores especialistas.

Muchos de los especialistas de nuestra red han obtenido el estado de Blue Distinction por su seguridad y resultados excepcionales. Eso significa excelente atención especializada para usted en todos los campos. Muy fácil.

Apoyo total, de día o de noche.

Si necesita respuestas de enfermeros registrados 24/7, un diagnóstico o una receta por videollamada, o simplemente ayuda para programar sus visitas con el médico, estamos a su disposición siempre que nos necesite.

¿Necesita ayuda para buscar médicos y hospitales de primera calidad?

Para buscar proveedores dentro de la red:

1. Vaya a highmark.com/find-a-doctor.
2. Elija un plan de la lista.
3. Escriba un nombre o una especialidad en la ventana de búsqueda.

Aún puede usar proveedores fuera de la red, pero puede costarle más. Por lo tanto, verifique que el proveedor esté dentro de la red antes de recibir la atención.

Para obtener ayuda por teléfono, llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

EPO Blue Sharing personalizado \$200 \$25/\$50 con receta

En la tabla de abajo puede ver cuánto paga su plan por servicios específicos. Usted es responsable de pagar los servicios que no sean de emergencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Es posible que deba pagar un cargo del centro, un cargo de la clínica o una tarifa o cargo similar (además de los honorarios profesionales) si su visita en el consultorio o el servicio que le presten es en un lugar que califica como departamento de un hospital o de un edificio satélite de un hospital.

Beneficio	Cobertura
Disposiciones generales	
Fecha de entrada en vigor	04/01/2024
Período de beneficios (1)	Año del contrato
Deducible (por período de beneficios)	
Individual	\$200
Familiar	\$400
El plan paga: pago basado en la asignación del plan	100% después del deducible
Límite de gastos de bolsillo (una vez que se alcanza, el plan paga el 100% del coseguro por el resto del período de beneficios)	
Individual	Ninguno
Familiar	Ninguno
Máximo total de gastos de bolsillo (incluye deducible, coseguro, copagos, costos compartidos de medicamentos con receta y otros gastos médicos calificados, solo dentro de la red) (2) Una vez que se alcanza, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios.	
Individual	\$7,150
Familiar	\$14,300
Visitas en el consultorio/clínica/atención de urgencia	
Visitas en clínicas en comercios y visitas virtuales	100% después de \$25 de copago
Proveedor de atención primaria (PCP): visitas en el consultorio y visitas virtuales	100% después de \$25 de copago
Especialista: visitas en el consultorio y visitas virtuales	100% después de \$50 de copago
Cargo del lugar de origen del proveedor de la visita virtual	100% después del deducible
Visitas en centros de atención de urgencia	100% después de \$25 de copago: el copago no se aplica a las visitas en un centro de atención de urgencia recetadas por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Servicios de telemedicina (3)	100% después de \$10 de copago
Atención preventiva (4)	
Atención de rutina para adultos	
Exámenes físicos	100% (no se aplica el deducible)
Vacunas para adultos	100% (no se aplica el deducible)
Exámenes ginecológicos de rutina, incluyendo una prueba de Papanicolaou	100% (no se aplica el deducible)
Exámenes de detección de cáncer de mama (anuales de rutina y complementarios)	100% (no se aplica el deducible)
Asesoramiento genético y pruebas genéticas relacionadas con el BRCA	100% (no se aplica el deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no se aplica el deducible)
Atención pediátrica de rutina	
Exámenes físicos	100% (no se aplica el deducible)
Vacunas pediátricas	100% (no se aplica el deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no se aplica el deducible)
Servicios de emergencia	
Servicios en sala de emergencias (5)	100% después de \$200 de copago (no se cobra si lo ingresan)
Ambulancia – emergencias	100% (no se aplica el deducible)
Ambulancia – cuando no sean emergencias (6)	100% después del deducible
Gastos de hospital y médicos/quirúrgicos (incluyendo los de maternidad) (5)	
Pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Pacientes ambulatorios	100% después del deducible
Maternidad (servicios no preventivos del centro y de profesionales) incluyendo hijas dependientes	100% después del deducible
Atención médica (incluyendo visitas y consultas de pacientes hospitalizados)	100% después del deducible

Beneficio	Cobertura
Servicios de terapia y rehabilitación	
Medicina física	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 20 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Terapia del habla	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Terapia ocupacional	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Terapia respiratoria	100% después del deducible
Manipulaciones de la columna vertebral	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios
Otros servicios de terapia (rehabilitación cardíaca, terapia de infusión, quimioterapia, radioterapia y diálisis)	100% después del deducible
Salud mental/abuso de sustancias	
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Desintoxicación/rehabilitación de pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (incluyendo visitas virtuales de salud conductual)	100% después de \$25 de copago
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	100% después de \$25 de copago
Otros servicios	
Extractos e inyecciones para alergias	100% después del deducible
Análisis conductual aplicado por trastornos del espectro autista (7)	100% después del deducible
Procedimientos de fertilización asistida Limitados a inseminación artificial - 3 intentos de por vida	100% después del deducible
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	100% después del deducible
Servicios de diagnóstico	El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de diagnóstico recetados para tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Diagnóstico por imágenes avanzado (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.)	100% después del deducible
Servicios básicos de diagnóstico (diagnóstico por imágenes estándar, diagnóstico médico, laboratorio/patología, pruebas de alergia)	100% después del deducible
Mamografías, médicamente necesarias	100% (no se aplica el deducible)
Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos y prótesis	100% después del deducible
Atención médica en casa	100% después del deducible
Hospicio	Límite de beneficios: Ilimitado
Orientación, pruebas y tratamiento de la infertilidad (8)	100% después del deducible
Enfermería privada	No está cubierto Límite de beneficios: No se aplica
Atención en centro de enfermería especializada	100% después del deducible Límite de beneficios: 60 días/período de beneficios
Servicios de trasplante	100% después del deducible
Requisitos de certificación previa/autorización (9)	SÍ

Beneficio	Cobertura
Medicamentos con receta	
Deducible de medicamentos con receta Individual Familiar	Ninguno Ninguno
<p>Programa de medicamentos con receta ⁽¹⁰⁾ Surtido flexible de medicamentos genéricos obligatorios <i>Definido por la Red Nacional de Farmacias, no por la Red de Médicos. Las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red no están cubiertas.</i></p> <p><i>Su plan utiliza el Formulario Integral con Diseño de Incentivo y Beneficios.</i></p> <p>Algunos medicamentos especializados están limitados a un suministro para 31 días</p>	<p>Medicamentos en farmacia (suministro para 34 días) Medicamentos genéricos: \$10 de copago Medicamentos de marca del formulario: \$25 de copago Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: \$50 de copago</p> <p>Medicamentos especializados (limitados a un suministro para 31 días) Especializados: \$150 de copago</p> <p>Medicamentos de mantenimiento mediante pedidos por correo (suministro para 90 días) Medicamentos genéricos: \$20 de copago Medicamentos de marca del formulario: \$50 de copago Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: \$50 de copago \$100</p>

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios solo muestra los aspectos destacados del plan. Consulte la póliza/documentos del plan, ya que se aplican limitaciones y exclusiones. La póliza/documentos del plan regirán si hay alguna discrepancia con este resumen de beneficios.

- 1) El período de beneficios de su grupo se basa en un año de contrato. Comuníquese con su empleador para determinar la fecha de entrada en vigor aplicable a su programa.
- 2) El máximo total de gastos de bolsillo (TMOOP) de la red lo establece el gobierno federal. El TMOOP debe incluir deducibles, coseguros, copagos, costos compartidos de medicamentos con receta y cualquier gasto médico calificado.
- 3) Los servicios de telemedicina (atención de casos agudos de enfermedades menores disponible cuando se pida 24/7) deben prestarlos un proveedor de telemedicina designado por Highmark. Los servicios adicionales prestados por un proveedor de telemedicina designado se pagan según la categoría de beneficios en la que estén (p. ej., el PCP es elegible bajo el beneficio de visita en el consultorio del PCP, la salud conductual es elegible bajo el beneficio de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios).
- 4) Los servicios se limitan a los mencionados en el Programa de Prevención de Highmark (se puede aplicar el Programa de Prevención para la Salud de la Mujer).
- 5) Los beneficios de los servicios de atención de emergencia que preste un proveedor fuera de la red se pagarán en el nivel de los servicios de la red. Los beneficios de servicios de hospital o servicios de atención médica que preste un proveedor fuera de la red a un miembro que necesita hospitalización u observación inmediatamente después de recibir servicios de atención de emergencia se pagarán en el nivel de servicios de la red. El miembro no será responsable de ninguna cantidad que facture el proveedor fuera de la red que supere la asignación del plan para dichos servicios.
- 6) Los servicios de ambulancia aérea que prestan los proveedores fuera de la red estarán cubiertos en el nivel de beneficios más alto de la red.
- 7) La evaluación para diagnosticar los trastornos del espectro autista puede hacerla un médico autorizado, un asistente médico autorizado, un psicólogo autorizado o un enfermero practicante registrado certificado. Las evaluaciones para diagnosticar que haga un médico autorizado, un asistente médico autorizado o un enfermero practicante registrado certificado estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios de visita al consultorio. Las evaluaciones para diagnosticar que haga un psicólogo autorizado estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios para pacientes ambulatorios de servicios de atención de salud mental. El Análisis conductual aplicado para el tratamiento de los trastornos del espectro autista se cubrirá como se especificó anteriormente. Todos los demás servicios cubiertos para el tratamiento por trastornos del espectro autista estarán cubiertos según la categoría de beneficios (p. ej., terapia del habla, servicios de diagnóstico). Los servicios para el tratamiento de los trastornos del espectro autista no reducen los límites de visitas/día.
- 8) El tratamiento incluye cobertura por corrección de un problema físico o médico asociado con la infertilidad. Es posible que la terapia con medicamentos para la infertilidad esté cubierta o no, según el programa de medicamentos con receta de su grupo.
- 9) Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, debe comunicarse con la Administración de la Utilización de Highmark antes del ingreso planificado para pacientes hospitalizados, antes de recibir ciertos servicios ambulatorios o en las 48 horas después del ingreso como paciente hospitalizado por emergencia o no planificado para obtener cualquier certificación previa necesaria. Si no se obtiene la certificación previa y después se determina que todos o parte de los servicios que se recibieron no eran médicamente necesarios ni apropiados, usted será responsable de pagar todos los costos que su plan médico no cubra.
- 10) El formulario de Highmark es una lista extensa de medicamentos con receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y seleccionados por su calidad, seguridad y eficacia. Los Servicios de Farmacia de Highmark desarrollaron la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y la aprobó el Comité de Farmacia y Terapia de Highmark, formado por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios de los planes incluyen productos de las principales categorías terapéuticas. Los formularios de los planes varían según la cantidad de medicamentos diferentes que cubren y los requisitos

de costos compartidos. Su programa incluye cobertura de medicamentos que están y no están incluidos en el formulario con las cantidades de copago o coseguro mencionadas arriba. Según SensibleRx Choice, cuando compra un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted será responsable del copago del medicamento de marca más la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico, a menos que su médico pida que le den el medicamento de marca. Su plan exige que usted use una farmacia especializada específica para los medicamentos para la hemofilia. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. Su plan ofrece el programa Free Market Health para algunos medicamentos especializados. Una de las farmacias especializadas de la red se comunicará con usted y le prestará servicios, atención y coordinación de calidad para surtir y entregar sus recetas especializadas. No es necesario inscribirse.

Los beneficios o la administración de beneficios pueden proporcionarlos por o por medio de las siguientes entidades, que son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. es un nombre comercial de Highmark Blue Cross Blue Shield, First Priority Health o First Priority Life.

EPO Blue Sharing personalizado \$400 \$25/\$50 con receta

En la tabla de abajo puede ver cuánto paga su plan por servicios específicos. Usted es responsable de pagar los servicios que no sean de emergencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Es posible que deba pagar un cargo del centro, un cargo de la clínica o una tarifa o cargo similar (además de los honorarios profesionales) si su visita en el consultorio o el servicio que le presten es en un lugar que califica como departamento de un hospital o de un edificio satélite de un hospital.

Beneficio	Cobertura
Disposiciones generales	
Fecha de entrada en vigor	04/01/2024
Período de beneficios (1)	Año del contrato
Deducible (por período de beneficios)	
Individual	\$400
Familiar	\$800
El plan paga: pago basado en la asignación del plan	90% después del deducible
Límite de gastos de bolsillo (una vez que se alcanza, el plan paga el 100% del coseguro por el resto del período de beneficios)	
Individual	\$1,000
Familiar	\$2,000
Máximo total de gastos de bolsillo (incluye deducible, coseguro, copagos, costos compartidos de medicamentos con receta y otros gastos médicos calificados, solo dentro de la red) (2) Una vez que se alcanza, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios.	
Individual	\$7,150
Familiar	\$14,300
Visitas en el consultorio/clínica/atención de urgencia	
Visitas en clínicas en comercios y visitas virtuales	100% después de \$25 de copago
Proveedor de atención primaria (PCP): visitas en el consultorio y visitas virtuales	100% después de \$25 de copago
Especialista: visitas en el consultorio y visitas virtuales	100% después de \$50 de copago
Cargo del lugar de origen del proveedor de la visita virtual	90% después del deducible
Visitas en centros de atención de urgencia	100% después de \$25 de copago: el copago no se aplica a las visitas en un centro de atención de urgencia recetadas por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Servicios de telemedicina (3)	100% después de \$10 de copago
Atención preventiva (4)	
Atención de rutina para adultos	
Exámenes físicos	100% (no se aplica el deducible)
Vacunas para adultos	100% (no se aplica el deducible)
Exámenes ginecológicos de rutina, incluyendo una prueba de Papanicolaou	100% (no se aplica el deducible)
Exámenes de detección de cáncer de mama (anuales de rutina y complementarios)	100% (no se aplica el deducible)
Asesoramiento genético y pruebas genéticas relacionadas con el BRCA	100% (no se aplica el deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no se aplica el deducible)
Atención pediátrica de rutina	
Exámenes físicos	100% (no se aplica el deducible)
Vacunas pediátricas	100% (no se aplica el deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no se aplica el deducible)
Servicios de emergencia	
Servicios en sala de emergencias (5)	100% después de \$200 de copago (no se cobra si lo ingresan)
Ambulancia – emergencias	90% (no se aplica el deducible)
Ambulancia – cuando no sean emergencias (6)	90% después del deducible
Gastos de hospital y médicos/quirúrgicos (incluyendo los de maternidad) (5)	
Pacientes hospitalizados	90% después del deducible
Pacientes ambulatorios	90% después del deducible
Maternidad (servicios no preventivos del centro y de profesionales) incluyendo hijas dependientes	90% después del deducible
Atención médica (incluyendo visitas y consultas de pacientes hospitalizados)	90% después del deducible

Beneficio	Cobertura
Servicios de terapia y rehabilitación	
Medicina física	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 20 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Terapia del habla	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Terapia ocupacional	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
Terapia respiratoria	100% después del deducible
Manipulaciones de la columna vertebral	100% después de \$50 de copago Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios
Otros servicios de terapia (rehabilitación cardíaca, terapia de infusión, quimioterapia, radioterapia y diálisis)	90% después del deducible
Salud mental/abuso de sustancias	
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	90% después del deducible
Desintoxicación/rehabilitación de pacientes hospitalizados	90% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (incluyendo visitas virtuales de salud conductual)	100% después de \$25 de copago
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	100% después de \$25 de copago
Otros servicios	
Extractos e inyecciones para alergias	90% después del deducible
Análisis conductual aplicado por trastornos del espectro autista (7)	90% después del deducible
Procedimientos de fertilización asistida Limitados a inseminación artificial - 3 intentos de por vida	90% después del deducible
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	90% después del deducible
Servicios de diagnóstico Diagnóstico por imágenes avanzado (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.)	El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de diagnóstico recetados para tratamiento de salud mental o abuso de sustancias. 90% después del deducible
Servicios básicos de diagnóstico (diagnóstico por imágenes estándar, diagnóstico médico, laboratorio/patología, pruebas de alergia)	90% después del deducible
Mamografías, médicamente necesarias	90% (no se aplica el deducible)
Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos y prótesis	90% después del deducible
Atención médica en casa	90% después del deducible Límite de beneficios: Ilimitado
Hospicio	90% después del deducible
Orientación, pruebas y tratamiento de la infertilidad (8)	90% después del deducible
Enfermería privada	No está cubierto Límite de beneficios: No se aplica
Atención en centro de enfermería especializada	90% después del deducible Límite de beneficios: 60 días/período de beneficios
Servicios de trasplante	90% después del deducible
Requisitos de certificación previa/autorización (9)	SÍ

Beneficio	Cobertura
Medicamentos con receta	
Deducible de medicamentos con receta Individual Familiar	Ninguno Ninguno
<p>Programa de medicamentos con receta ⁽¹⁰⁾ Surtido flexible de medicamentos genéricos obligatorios <i>Definido por la Red Nacional de Farmacias, no por la Red de Médicos. Las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red no están cubiertas.</i></p> <p><i>Su plan utiliza el Formulario Integral con Diseño de Incentivo y Beneficios.</i></p> <p>Algunos medicamentos especializados están limitados a un suministro para 31 días</p>	<p>Medicamentos en farmacia (suministro para 34 días) Medicamentos genéricos: \$10 de copago Medicamentos de marca del formulario: \$25 de copago Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: \$50 de copago</p> <p>Medicamentos especializados (limitados a un suministro para 31 días) Especializados: \$150 de copago</p> <p>Medicamentos de mantenimiento mediante pedidos por correo (suministro para 90 días) Medicamentos genéricos: \$20 de copago Medicamentos de marca del formulario: \$50 de copago Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: \$50 de copago \$100</p>

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios solo muestra los aspectos destacados del plan. Consulte la póliza/documentos del plan, ya que se aplican limitaciones y exclusiones. La póliza/documentos del plan regirán si hay alguna discrepancia con este resumen de beneficios.

- 1) El período de beneficios de su grupo se basa en un año de contrato. Comuníquese con su empleador para determinar la fecha de entrada en vigor aplicable a su programa.
- 2) El máximo total de gastos de bolsillo (TMOOP) de la red lo establece el gobierno federal. El TMOOP debe incluir deducibles, coseguros, copagos, costos compartidos de medicamentos con receta y cualquier gasto médico calificado.
- 3) Los servicios de telemedicina (atención de casos agudos de enfermedades menores disponible cuando se pida 24/7) deben prestarlos un proveedor de telemedicina designado por Highmark. Los servicios adicionales prestados por un proveedor de telemedicina designado se pagan según la categoría de beneficios en la que estén (p. ej., el PCP es elegible bajo el beneficio de visita en el consultorio del PCP, la salud conductual es elegible bajo el beneficio de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios).
- 4) Los servicios se limitan a los mencionados en el Programa de Prevención de Highmark (se puede aplicar el Programa de Prevención para la Salud de la Mujer).
- 5) Los beneficios de los servicios de atención de emergencia que preste un proveedor fuera de la red se pagarán en el nivel de los servicios de la red. Los beneficios de servicios de hospital o servicios de atención médica que preste un proveedor fuera de la red a un miembro que necesita hospitalización u observación inmediatamente después de recibir servicios de atención de emergencia se pagarán en el nivel de servicios de la red. El miembro no será responsable de ninguna cantidad que facture el proveedor fuera de la red que supere la asignación del plan para dichos servicios.
- 6) Los servicios de ambulancia aérea que prestan los proveedores fuera de la red estarán cubiertos en el nivel de beneficios más alto de la red.
- 7) La evaluación para diagnosticar los trastornos del espectro autista puede hacerla un médico autorizado, un asistente médico autorizado, un psicólogo autorizado o un enfermero practicante registrado certificado. Las evaluaciones para diagnosticar que haga un médico autorizado, un asistente médico autorizado o un enfermero practicante registrado certificado estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios de visita al consultorio. Las evaluaciones para diagnosticar que haga un psicólogo autorizado estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios para pacientes ambulatorios de servicios de atención de salud mental. El Análisis conductual aplicado para el tratamiento de los trastornos del espectro autista se cubrirá como se especificó anteriormente. Todos los demás servicios cubiertos para el tratamiento por trastornos del espectro autista estarán cubiertos según la categoría de beneficios (p. ej., terapia del habla, servicios de diagnóstico). Los servicios para el tratamiento de los trastornos del espectro autista no reducen los límites de visitas/día.
- 8) El tratamiento incluye cobertura por corrección de un problema físico o médico asociado con la infertilidad. Es posible que la terapia con medicamentos para la infertilidad esté cubierta o no, según el programa de medicamentos con receta de su grupo.
- 9) Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, debe comunicarse con la Administración de la Utilización de Highmark antes del ingreso planificado para pacientes hospitalizados, antes de recibir ciertos servicios ambulatorios o en las 48 horas después del ingreso como paciente hospitalizado por emergencia o no planificado para obtener cualquier certificación previa necesaria. Si no se obtiene la certificación previa y después se determina que todos o parte de los servicios que se recibieron no eran medicamentos necesarios ni apropiados, usted será responsable de pagar todos los costos que su plan médico no cubra.
- 10) El formulario de Highmark es una lista extensa de medicamentos con receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y seleccionados por su calidad, seguridad y eficacia. Los Servicios de Farmacia de Highmark desarrollaron la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y la aprobó el Comité de Farmacia y Terapia de Highmark, formado por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios de los planes incluyen productos de las principales categorías terapéuticas. Los formularios de los planes varían según la cantidad de medicamentos diferentes que cubren y los requisitos de costos compartidos. Su programa incluye cobertura de medicamentos que están y no están incluidos en el formulario con las cantidades de copago o coseguro mencionadas arriba.

Según SensibleRx Choice, cuando compra un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted será responsable del copago del medicamento de marca más la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico, a menos que su médico pida que le den el medicamento de marca. Su plan exige que usted use una farmacia especializada específica para los medicamentos para la hemofilia. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. Su plan ofrece el programa Free Market Health para algunos medicamentos especializados. Una de las farmacias especializadas de la red se comunicará con usted y le prestará servicios, atención y coordinación de calidad para surtir y entregar sus recetas especializadas. No es necesario inscribirse.

Los beneficios o la administración de beneficios pueden proporcionarlos por o por medio de las siguientes entidades, que son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. es un nombre comercial de Highmark Blue Cross Blue Shield, First Priority Health o First Priority Life.

Ahorros PPO Blue Healthy Personalizados \$3,500Q 70/50 con receta

Este programa es un plan calificado de deducible alto según lo define el Servicio de Impuestos Internos. Se diseñó para usarlo con una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA). En la tabla de abajo puede ver cuánto paga su plan por servicios específicos. Es posible que deba pagar un cargo del centro, un cargo de la clínica o una tarifa o cargo similar (además de los honorarios profesionales) si su visita en el consultorio o el servicio que le presten es en un lugar que califica como departamento de un hospital o de un edificio satélite de un hospital.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Disposiciones generales		
Fecha de entrada en vigor	04/01/2024	
Período de beneficios (1)	Año del contrato	
Deducible (por período de beneficios)		
Individual	\$3,500	\$6,350
Familiar	\$7,000	\$12,700
El plan paga: pago basado en la asignación del plan	70% después del deducible	50% después del deducible
Límite de gastos de bolsillo (incluye gastos de medicamentos recetados, coseguro y copago). Una vez que se alcanza, el plan paga el 100% del coseguro por el resto del período de beneficios.		
Individual	Ninguno	\$10,000
Familiar	Ninguno	\$20,000
Máximo total de gastos de bolsillo (incluye deducible, coseguro, copagos, costos compartidos de medicamentos con receta y otros gastos médicos calificados, solo dentro de la red) (2) Una vez que se alcanza, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios.		
Individual	\$6,550	No se aplica
Familiar	\$13,100	No se aplica
Visitas en el consultorio/clínica/atención de urgencia		
Visitas en clínicas en comercios y visitas virtuales	70% después del deducible	50% después del deducible
Proveedor de atención primaria (PCP): visitas en el consultorio y visitas virtuales	70% después del deducible	50% después del deducible
Especialista: visitas en el consultorio y visitas virtuales	70% después del deducible	50% después del deducible
Cargo del lugar de origen del proveedor de la visita virtual	70% después del deducible	50% después del deducible
Visitas en centros de atención de urgencia	70% después del deducible	70% después del deducible
Servicios de telemedicina (3)	70% después del deducible	No está cubierto
Atención preventiva (4)		
Atención de rutina para adultos		
Exámenes físicos	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Vacunas para adultos	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Exámenes ginecológicos de rutina, incluyendo una prueba de Papanicolaou	100% (no se aplica el deducible)	50% (no se aplica el deducible)
Exámenes de detección de cáncer de mama (anuales de rutina y complementarios)	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Orientación genética y pruebas genéticas relacionadas con el BRCA	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Atención pediátrica de rutina		
Exámenes físicos	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Vacunas pediátricas	100% (no se aplica el deducible)	50% (no se aplica el deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no se aplica el deducible)	50% después del deducible
Servicios de emergencia		
Servicios en sala de emergencias (5)	70% después del deducible dentro de la red (no se aplica si lo ingresan en el hospital)	
Ambulancia – Emergencias (6)	100% después del deducible dentro de la red	
Ambulancia – cuando no sean emergencias (6)	70% después del deducible dentro de la red	50% después del deducible
Gastos de hospital y médicos/quirúrgicos (incluyendo los de maternidad) (5)		
Pacientes hospitalizados	70% después del deducible	50% después del deducible
Pacientes ambulatorios	70% después del deducible	50% después del deducible
Maternidad (servicios no preventivos del centro y de profesionales) incluyendo hijas dependientes	70% después del deducible	50% después del deducible
Atención médica (incluyendo visitas y consultas de pacientes hospitalizados)	70% después del deducible	50% después del deducible

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de terapia y rehabilitación		
Medicina física	70% después del deducible Límite de beneficios: 20 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias	50% después del deducible
Terapia del habla	70% después del deducible Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias	50% después del deducible
Terapia ocupacional	70% después del deducible Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando se recetan los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias	50% después del deducible
Terapia respiratoria	70% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones de la columna vertebral	70% después del deducible Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios	50% después del deducible
Otros servicios de terapia (rehabilitación cardíaca, terapia de infusión, quimioterapia, radioterapia y diálisis)	70% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental/abuso de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	70% después del deducible	50% después del deducible
Desintoxicación/rehabilitación de pacientes hospitalizados	70% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios - incluyendo visitas virtuales de salud conductual	70% después del deducible	50% después del deducible
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	70% después del deducible	50% después del deducible
Otros servicios		
Extractos e inyecciones para alergias	70% después del deducible	50% después del deducible
Análisis conductual aplicado por trastornos del espectro autista (7)	70% después del deducible	50% después del deducible
Procedimientos de fertilización asistida Limitados a inseminación artificial - 3 intentos de por vida	70% después del deducible	50% después del deducible
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	70% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de diagnóstico Diagnóstico por imágenes avanzado (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.)	Los copagos, si los hubiera, no se aplican a los servicios de diagnóstico recetados por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias	
Servicios básicos de diagnóstico (diagnóstico por imágenes estándar, diagnóstico médico, laboratorio/patología, pruebas de alergia)	70% después del deducible	50% después del deducible
Mamografías, médicamente necesarias	70% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos y prótesis	70% después del deducible	50% después del deducible
Atención médica en casa	70% después del deducible Límite de beneficios: Ilimitado	50% después del deducible
Hospicio	70% después del deducible Límite de beneficios: Ilimitado	50% después del deducible
Extracción de muelas del juicio impactadas	70% después del deducible	50% después del deducible
Orientación, pruebas y tratamiento de la infertilidad (8)	70% después del deducible	50% después del deducible
Enfermería privada	No está cubierto	
Atención en centro de enfermería especializada	70% después del deducible Límite de beneficios: 60 días/período de beneficios	50% después del deducible
Servicios de trasplante	70% después del deducible	50% después del deducible
Requisitos de certificación previa/autorización (9)	Sí	
Medicamentos con receta		
Deducible de medicamentos con receta Individual Familiar	Integrado con el deducible médico Integrado con el deducible médico	

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Programa de medicamentos con receta ⁽¹⁰⁾ Surtido flexible de medicamentos genéricos obligatorios <i>Definido por la Red Nacional de Farmacias, no por la Red de Médicos. Las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red no están cubiertas.</i></p> <p><i>Su plan utiliza el Formulario Integral con Diseño de Incentivo y Beneficios.</i></p> <p>Algunos medicamentos especializados están limitados a un suministro para 31 días</p>	<p>Medicamentos en farmacia (suministro para 34 días) Medicamentos genéricos: \$10 de copago después del deducible Medicamentos de marca del formulario: \$25 de copago después del deducible Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: \$50 de copago después del deducible</p> <p>Medicamentos especializados (limitados a un suministro para 31 días) Especializados \$150 de copago después del deducible</p> <p>Medicamentos de mantenimiento mediante pedidos por correo (suministro para 90 días) Medicamentos genéricos: \$20 de copago después del deducible Medicamentos de marca del formulario: \$50 de copago después del deducible Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: \$100 de copago después del deducible</p>	

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios solo muestra los aspectos destacados del plan. Consulte la póliza/documentos del plan, ya que se aplican limitaciones y exclusiones. La póliza/documentos del plan regirán si hay alguna discrepancia con este resumen de beneficios.

- 1) El período de beneficios de su grupo se basa en un año de contrato. Comuníquese con su empleador para determinar la fecha de entrada en vigor aplicable a su programa.
- 2) El máximo total de gastos de bolsillo (TMOOP) de la red lo establece el gobierno federal. El TMOOP debe incluir deducibles, coseguros, copagos, costos compartidos de medicamentos con receta y cualquier gasto médico calificado. Si está inscrito en un plan "Familiar", con su deducible incorporado, solo un miembro elegible de la familia debe alcanzar su deducible individual antes de que comience el reembolso de los reclamos. Además, con su límite de gastos de bolsillo incorporado, una vez que se cubre el límite de gastos de bolsillo de un miembro individual de la familia, comienza el reembolso de reclamos adicionales para esa persona. Además, con su límite de gastos de bolsillo incorporado, una vez que un familiar cubra su límite individual de gastos de bolsillo, se activa el reembolso de reclamos adicionales para esa persona. Por último, con su TMOOP incorporado, una vez que cualquier familiar elegible alcance su TMOOP individual, los reclamos se pagarán al 100% de la asignación del plan para los gastos cubiertos por el resto del año del plan. Los reclamos para los demás familiares se pagarán al 100% una vez que se alcance el TMOOP familiar.
- 3) Los servicios de telemedicina (atención de casos agudos de enfermedades menores disponible cuando se pida 24/7) deben prestarlos un proveedor de telemedicina designado por Highmark. Los servicios adicionales prestados por un proveedor de telemedicina designado se pagan según la categoría de beneficios en la que estén (p. ej., el PCP es elegible bajo el beneficio de visita en el consultorio del PCP, la salud conductual es elegible bajo el beneficio de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios).
- 4) Los servicios se limitan a los mencionados en el Programa de Prevención de Highmark (se puede aplicar el Programa de Prevención para la Salud de la Mujer).
- 5) Los beneficios de los servicios de atención de emergencia que preste un proveedor fuera de la red se pagarán en el nivel de los servicios de la red. Los beneficios de servicios de hospital o servicios de atención médica que preste un proveedor fuera de la red a un miembro que necesita hospitalización u observación inmediatamente después de recibir servicios de atención de emergencia se pagarán en el nivel de servicios de la red. El miembro no será responsable de ninguna cantidad que facture el proveedor fuera de la red que supere la asignación del plan para dichos servicios.
- 6) Los servicios de ambulancia aérea que prestan los proveedores fuera de la red estarán cubiertos en el nivel de beneficios más alto de la red.
- 7) La evaluación para diagnosticar los trastornos del espectro autista puede hacerla un médico autorizado, un asistente médico autorizado, un psicólogo autorizado o un enfermero practicante registrado certificado. Las evaluaciones para diagnosticar que haga un médico autorizado, un asistente médico autorizado o un enfermero practicante registrado certificado estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios de visita al consultorio. Las evaluaciones para diagnosticar que haga un psicólogo autorizado estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios para pacientes ambulatorios de servicios de atención de salud mental. El Análisis conductual aplicado para el tratamiento de los trastornos del espectro autista se cubrirá como se especificó anteriormente. Todos los demás servicios cubiertos para el tratamiento por trastornos del espectro autista estarán cubiertos según la categoría de beneficios (p. ej., terapia del habla, servicios de diagnóstico). Los servicios para el tratamiento de los trastornos del espectro autista no reducen los límites de visitas/día.
- 8) El tratamiento incluye cobertura por corrección de un problema físico o médico asociado con la infertilidad. Es posible que la terapia con medicamentos para la infertilidad esté cubierta o no, según el programa de medicamentos con receta de su grupo.
- 9) Si recibe servicios de un proveedor fuera del área o de un proveedor fuera de la red, debe comunicarse con la Administración de la Utilización de Highmark antes del ingreso planificado como paciente hospitalizado, antes de recibir ciertos servicios ambulatorios o en las 48 horas después del ingreso como paciente hospitalizado por emergencia o no planificado para obtener cualquier certificación previa necesaria. Si no se obtiene la certificación previa y después se determina que todos o parte de los servicios que se recibieron no eran médicamente necesarios ni apropiados, usted será responsable de pagar todos los costos que su plan médico no cubra.
- 10) En una farmacia de venta directa o de servicio por correo, si no alcanza su deducible, usted pagará el costo total del medicamento con receta según la tarifa de descuento que Highmark haya negociado. La cantidad que pague por su medicamento con receta se aplicará a su deducible. Si se ha alcanzado su deducible, solo pagará cualquier responsabilidad del miembro según el nivel de beneficio indicado anteriormente. Usted pagará esta cantidad en la farmacia cuando surta su receta. El formulario de Highmark es una lista extensa de medicamentos con receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y seleccionados por su calidad, seguridad y eficacia. Los Servicios de Farmacia de Highmark desarrollaron la lista de medicamentos cubiertos (formulario)

y la aprobó el Comité de Farmacia y Terapia de Highmark, formado por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios de los planes incluyen productos de las principales categorías terapéuticas. Los formularios de los planes varían según la cantidad de medicamentos diferentes que cubren y los requisitos de costos compartidos. Su programa incluye cobertura de medicamentos que están y no están incluidos en el formulario con las cantidades de copago o coseguro mencionadas arriba. Según SensibleRx Choice, cuando compra un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted será responsable del copago del medicamento de marca más la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico, a menos que su médico pida que le den el medicamento de marca. Su plan exige que usted use una farmacia especializada específica para los medicamentos para la hemofilia. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. Su plan ofrece el programa Free Market Health para algunos medicamentos especializados. Una de las farmacias especializadas de la red se comunicará con usted y le prestará servicios, atención y coordinación de calidad para surtir y entregar sus recetas especializadas. No es necesario inscribirse.

Los beneficios o la administración de beneficios pueden proporcionarlos por o por medio de las siguientes entidades, que son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. es un nombre comercial de Highmark Blue Cross Blue Shield, First Priority Health o First Priority Life.

Programa de prevención



¿Qué es la atención preventiva?

Quando está sano, la atención preventiva lo ayuda a mantenerse así. En la mayoría de los planes, si consulta a un proveedor dentro de la red, los servicios esenciales como vacunas programadas, evaluaciones de rutina, chequeos y exámenes de mamas están cubiertos al 100%.

Programa de prevención 2024

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2024

Planifique su atención: Sepa lo que necesita y cuándo obtenerlo

La atención preventiva o de rutina nos ayuda a mantenernos sanos o a descubrir problemas a tiempo, cuando son más fáciles de tratar. Como parte de su plan médico, puede ser elegible para recibir algunos de estos beneficios preventivos sin costos compartidos o con costos compartidos bajos si usa proveedores dentro de la red. Asegúrese de saber lo que cubre su plan médico y si hay algún requisito antes de recibir cualquiera de estos servicios. Los servicios anuales recomendados se basan en un año calendario que se reinicia el 1 de enero de cada año.

Algunos servicios y la frecuencia pueden depender de las recomendaciones de su médico. Por eso es importante hablar con su médico sobre los servicios adecuados para su edad, sexo e historia familiar. Los miembros de CHIP pueden tener más servicios preventivos y cobertura. Consulte el folleto para miembros de CHIP para obtener más información de la cobertura de los servicios preventivos de CHIP.

¿Tiene preguntas?

 Llame a Servicios para Miembros

 Pregunte a su médico

 Inicie sesión en su cuenta

Adultos: mayores de 19 años

 Mujer

 Hombre

ATENCIÓN MÉDICA GENERAL

 Control de rutina* (No es el mismo examen físico que se pide para el trabajo ni la escuela)	<ul style="list-style-type: none"> Entre 19 y 49 años: Cada uno o dos años Mayores de 50 años: Una vez al año
 Evaluación de detección de depresión y ansiedad	Una vez al año
 Examen de detección de consumo de drogas ilícitas	Una vez al año
 Examen pélvico y de mamas	Una vez al año

EXÁMENES MÉDICOS/PROCEDIMIENTOS

 Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal	Entre 65 y 75 años que hayan fumado alguna vez: Un solo examen médico
 Control ambulatorio de la presión	Para confirmar un nuevo diagnóstico de presión alta antes de empezar el tratamiento
 Examen de detección genética de cáncer de mama (BRCA) (se necesita autorización previa)	Las que cumplan criterios específicos de alto riesgo: Evaluación genética una sola vez para detectar riesgo de cáncer de mama y ovarios
 Examen de colesterol (lípidos)	<ul style="list-style-type: none"> Mayores de 20 años: Una vez cada cinco años Alto riesgo: Con más frecuencia
 Examen de detección de cáncer de colon (incluyendo colonoscopia)	<ul style="list-style-type: none"> Mayores de 45 años: Cada uno a 10 años, dependiendo de la prueba de detección. Alto riesgo: Antes o con más frecuencia
 Examen de detección de cáncer de colon	Mayores de 45 años: Colonoscopia tras un resultado positivo obtenido en el plazo de un año mediante otro método de examen médico obligatorio
 Ciertas preparaciones con receta para la colonoscopia	<ul style="list-style-type: none"> Mayores de 45 años: Una vez cada 10 años Alto riesgo: Antes o con más frecuencia
 Examen de diabetes	Alto riesgo: A partir de 40 años, una vez cada tres años
 Examen de hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> Una vez de por vida para adultos Alto riesgo: Con más frecuencia

* Los chequeos de rutina pueden incluir historia médica; examen físico; medición de peso, estatura y presión; evaluación del índice de masa corporal (BMI); orientación por obesidad, prevención de caídas, cáncer de piel y seguridad; evaluación de depresión; evaluación de consumo de alcohol, drogas y tabaco; orientación adecuada para la edad; evaluación de violencia de pareja íntima y orientación para mujeres en edad reproductiva.

* Análisis de laboratorio de rutina que exige USPSTF

Adultos: mayores de 19 años

EXÁMENES MÉDICOS/PROCEDIMIENTOS	
 Examen de hepatitis C	18 a 79 años
 Examen de tuberculosis latente	Alto riesgo
 Examen de detección de cáncer de pulmón (Se necesita autorización previa y usar un centro autorizado)	Entre 50 y 80 años con historia de fumador de 20 paquetes al año: Una vez al año para fumadores activos, o una vez al año si fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años
 Mamografía	Mayores de 40 años: Una vez al año, incluyendo estudio en 3D. Examen de seguimiento mediante MRI o ultrasonido según recomendación del médico.
 Examen de osteoporosis (densidad mineral ósea)	Mayores de 65 años: Una vez cada dos años, o antes si hay riesgo según lo recomendado por el médico.
 Examen de detección de cáncer de cuello uterino	<ul style="list-style-type: none"> • Papanicolaou entre 21 y 65 años: Cada tres años, o anualmente, según la recomendación del médico • Entre 30 y 65 años: Cada cinco años si se trata de HPV solo o si el Papanicolaou y HPV combinados son negativos • Mayores de 65 años: Según la recomendación del médico
 Enfermedades de transmisión sexual (STD) Exámenes médicos de detección y orientación (clamidia, gonorrea, VIH y sífilis)	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres sexualmente activos • Examen del VIH para adultos hasta de 65 años en la población general y personas en riesgo; después, examen médico a mayores de 65 años con factores de riesgo
VACUNAS**	
 Varicela	Adultos sin historia de varicela: Una serie de dos dosis
 Vacuna del COVID-19	Según la recomendación del médico y las directrices de los CDC y de la autorización de uso de emergencia
 Difteria, tétanos (Td/Tdap)	Una dosis de Tdap; después, un refuerzo de Td o Tdap cada 10 años
 Gripe (influenza)	Cada año (debe recibirla en el consultorio de su PCP o en una farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar si su proveedor de vacunas está en la red de Highmark)
 Haemophilus influenzae tipo B (Hib)	Para adultos con ciertas condiciones médicas, para prevenir la meningitis, la neumonía y otras infecciones graves. Esta vacuna no protege de la gripe ni sustituye a la vacuna anual de la gripe
 Hepatitis A	Si hay riesgo o por recomendación del médico: Una serie de dos, tres o cuatro dosis
 Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 19 y 59 años: De dos a cuatro dosis por recomendación del médico • Mayores de 60 años: Si es de alto riesgo, según la recomendación del médico
 Virus del papiloma humano (HPV)	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta los 26 años: Una serie de tres dosis • Entre 27 y 45 años, si está en riesgo o según la recomendación del médico
 Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	Una o dos dosis
 Meningitis*	Si está en riesgo o según la recomendación del médico
 Neumonía	Personas de alto riesgo o mayores de 65 años: Una o dos dosis, de por vida
 Herpes zóster	<ul style="list-style-type: none"> • Shingrix, mayores de 50 años: Dos dosis • Entre 19 y 49 años: Inmunodeprimido según la recomendación del médico

* Vacuna del meningococo B, según la recomendación del médico.

** Debe recibirla en el consultorio de su PCP o en una farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS QUE NECESITAN RECETA DEL MÉDICO

	Aspirina	Embarazadas con riesgo de preeclampsia
	Ácido fólico	Mujeres que planean un embarazo o que pueden quedar embarazadas: Suplemento diario que contenga entre 0.4 mg y 0.8 mg de ácido fólico
	Medicamentos de quimioprevención como raloxifeno, tamoxifeno o inhibidores de la aromataasa***	Con riesgo de cáncer de mama, sin diagnóstico de cáncer, mayores de 35 años
	Dejar de fumar (orientación y medicamentos)	Adultos que consumen productos de tabaco
	Medicamentos genéricos con estatinas en dosis bajas a moderadas para la prevención de enfermedades cardiovasculares (CVD)	Personas de 40 a 75 años con uno o más factores de riesgo de CVD (como dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y con un riesgo calculado a 10 años de un evento cardiovascular de más del 10%
	Determinados medicamentos de PrEP y ciertos servicios relacionados para prevenir la infección por VIH	Adultos en riesgo de infección por VIH, sin diagnóstico del VIH

ATENCIÓN PREVENTIVA PARA MUJERES EMBARAZADAS

	Exámenes médicos y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de diabetes gestacional • Examen y vacuna de hepatitis B, si es necesaria • Examen del VIH • Examen de sífilis • Orientación para dejar de fumar • Detección de depresión y detección de ansiedad durante el embarazo y el parto. • Orientación para prevenir la depresión durante el embarazo y después del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del Rh en la primera visita • Prueba de anticuerpos de Rh para mujeres con Rh negativo • Tdap con cada embarazo • Cultivo de orina y antibiograma en la primera visita • Examen médico y orientación por abuso de alcohol • Orientación nutricional para embarazadas para promover un peso saludable durante el embarazo
---	--	---	---

PREVENCIÓN DE OBESIDAD, ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, DIABETES Y DERRAME CEREBRAL

	Los adultos con BMI de 25 a 29.9 (sobrepeso) y de 30 a 39.9 (obesidad) son elegibles para:	<ul style="list-style-type: none"> • Más visitas anuales de prevención en el consultorio por obesidad y medir la presión • Más visitas de orientación nutricional específicamente por obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio recomendadas: <ul style="list-style-type: none"> – ALT – AST – Hemoglobina A1C o glucosa en ayunas – Examen de colesterol
	Adultos con diagnóstico de hipertensión, presión alta, dislipidemia o síndrome metabólico	Orientación nutricional	
	Adultos con BMI superior a 40	Orientación nutricional y examen médico de glucosa en ayunas	

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES (DIABETES PREVENTION PROGRAM, DPP) PARA ADULTOS

	Para adultos <ul style="list-style-type: none"> • Sin diagnóstico de diabetes (no incluye historia de diabetes gestacional) • Con exceso de peso u obesidad (determinados por el BMI) • Glucosa en sangre en ayunas de 100 a 125 mg/dl o HGBA1c del 5.7% al 6.4% o prueba de intolerancia a la glucosa de 140 a 199 mg/dl 	Inscripción en ciertos programas de DPP reconocidos por los CDC para hacer cambios en el estilo de vida y bajar de peso
---	---	---

*** Inhibidores de la aromataasa cuando no se puedan usar los otros medicamentos, como cuando hay una contraindicación o intolerancia.

Programa de prevención 2024

Planifique la atención de su hijo: Sepa lo que su hijo necesita y cuándo conseguirlo

La atención preventiva o de rutina ayuda a su hijo a mantenerse sano o a descubrir problemas a tiempo, cuando son más fáciles de tratar. Es posible que la mayoría de estos servicios no tengan costos compartidos si usa proveedores dentro de la red del plan. Asegúrese de saber qué cubre su plan médico y si hay algún requisito antes de programar cualquier servicio para su hijo.

Los servicios incluyen recomendaciones de Bright Futures. Los miembros de CHIP pueden tener más servicios preventivos y cobertura. Consulte el folleto para miembros de CHIP para obtener más información de la cobertura de los servicios preventivos de CHIP.

Es importante que hable con el médico de su hijo. La frecuencia de los servicios y el programa de exámenes y vacunas dependen de lo que el médico piense que es adecuado para su hijo.

¿Tiene preguntas?

 Llame a Servicios para Miembros

 Pregunte a su médico

 Inicie sesión en su cuenta

Niños: del nacimiento a los 30 meses¹

ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	NACIMIENTO	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses
Control de rutina* (Este examen no es el examen físico que se pide para el preescolar ni la guardería).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Examen de audición	●										
EXÁMENES											
Prueba de detección de autismo									●	●	
Examen de enfermedades del corazón congénitas graves (CCHD) con oximetría de pulso	●										
Evaluación del desarrollo						●			●		●
Examen de anemia por hematocrito o de hemoglobina							●				
Examen médico de detección de plomo**							●			●	
Examen de sangre y bilirrubina del recién nacido	●										
VACUNAS											
Varicela								Dosis 1			
Vacuna del COVID-19	Según la recomendación del médico, siguiendo las directrices de los CDC y de la autorización para uso de emergencia										
Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3				Dosis 4		
Gripe (influenza)***						Entre 6 y 30 meses: 1 o 2 dosis anualmente					
Haemophilus influenzae tipo B (Hib)			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3		Dosis 3 o 4				
Hepatitis A							Dosis 1		Dosis 2		
Hepatitis B	Dosis 1	Dosis 2			Dosis 3						
Sarampión, paperas y rubeola (MMR)							Dosis 1				
Neumonía			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3		Dosis 4				
Poliomielitis (IPV)			Dosis 1	Dosis 2	Entre 6 y 18 meses: Dosis 3						
Rotavirus			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3						

* Los controles de rutina pueden incluir medición de estatura y peso; evaluación de la conducta y del desarrollo, y guía adecuada para la edad. Otros: examen de la vista con instrumentos para evaluar riesgos a la edad de 1 y 2 años.

** Según Bright Futures, y consulte las recomendaciones específicas del estado según sea necesario.

*** Deben recibirlas en el consultorio de su PCP o en una farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

Niños: de 3 a 18 años¹

ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	15 años	18 años	
Control de rutina* (Este examen no es el examen físico que se pide para el preescolar ni la guardería).	●	●	●	●	●	●	●	●	Una vez al año entre los 11 y 18 años				
Monitoreo ambulatorio de la presión**												●	
Evaluación de ansiedad						Una vez al año entre los 8 y 18 años							
Evaluación de depresión										Una vez al año entre los 12 y 18 años			
Examen de detección de consumo de drogas ilícitas												●	
Examen médico de audición***		●	●	●		●		●		●	●	●	
Examen médico de la vista***	●	●	●	●		●		●		●	●		
EXÁMENES													
Examen de anemia por hematocrito o hemoglobina			Anualmente para mujeres en la adolescencia y cuando se indique										
Examen de plomo	Cuando sea lo indicado (consulte también las recomendaciones específicas de su estado)												
Examen de colesterol (lípidos)								Una vez entre los 9 y 11 años y entre los 17 y 21 años					
VACUNAS													
Varicela		Dosis 2								Si no lo han vacunado: dosis 1 y 2 (con 4 semanas de diferencia)			
Vacuna del COVID-19	Según la recomendación del médico, siguiendo las directrices de los CDC y de la autorización para uso de emergencia												
Vacuna del dengue							9-16 años viviendo en áreas endémicas de dengue en territorios de EE. UU. Y con confirmación de laboratorio de haber tenido infección de dengue anteriormente						
Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)		Dosis 5								Una dosis de Tdap			
Gripe (influenza)***	Entre 3 y 18 años: 1 o 2 dosis anualmente												
Virus del papiloma humano (HPV)							Proporciona protección de largo plazo contra el cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer. 2 dosis cuando se inicia entre 9 y 14 años. 3 dosis, todas las demás edades.						
Sarampión, paperas y rubeola (MMR)		Dosis 2											
Meningitis****									Dosis 1		16 años: refuerzo una sola vez		
Neumonía	Según la recomendación del médico												
Poliomielitis (IPV)		Dosis 4											

* Los controles de rutina pueden incluir medición de estatura y peso, evaluación conductual y del desarrollo, directrices adecuadas para la edad, evaluación de consumo de alcohol, drogas y tabaco.

** Para confirmar un diagnóstico nuevo de presión alta antes de empezar el tratamiento.

*** Un examen de audición a los 11-14, 15-17 y 18-21 años. El examen médico de la vista está cubierto cuando se hace en el consultorio del médico pidiendo al niño que lea letras de distintos tamaños en una tabla de Snellen. Incluye examen médico de la vista con instrumentos a los 3, 4 y 5 años. Un oftalmólogo u optometrista hace el examen completo de la vista, para lo que se necesita un beneficio de atención de la vista.

**** Debe recibirla en el consultorio de su PCP o en una farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

***** Vacuna del meningococo B según la recomendación del médico.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

Examen de mutación del BRCA (Se necesita autorización previa)										Según la recomendación del médico
Prueba de colesterol	La evaluación se hará según la historia familiar y los factores de riesgo del niño									
Barniz de flúor (Debe consultar al médico de atención primaria)	Menores de 5 años									
Examen de hepatitis B										Según la recomendación del médico
Examen de hepatitis C										●
Examen de tuberculosis latente										Alto riesgo
Exámenes y orientación sobre enfermedades de transmisión sexual (STD) (clamidia, gonorrea, VIH y sífilis)										Para todas las personas sexualmente activas Chequeo de rutina del VIH, una vez entre los 15 y 21 años
Prueba de tuberculina	Según la recomendación del médico									

Niños: de 6 meses a 18 años¹

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS QUE NECESITAN RECETA DEL MÉDICO

Flúor bucal	Entre 6 meses y 16 años si hay falta de fluoruro en su fuente de agua principal
--------------------	---

PREVENCIÓN DE OBESIDAD, ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, DIABETES Y DERRAME CEREBRAL

Los niños con un BMI entre el percentil 85 y el 94 (sobrepeso) y entre el percentil 95 y el 98 (obesidad) son elegibles para:	<ul style="list-style-type: none"> • Más visitas anuales de prevención en el consultorio específicamente por obesidad • Más visitas de orientación nutricional específicamente por obesidad • Pruebas de laboratorio recomendadas: <ul style="list-style-type: none"> – Alanina aminotransferasa (ALT) – Aspartato aminotransferasa (AST) – Hemoglobina A1C o glucosa en ayunas (FBS) – Examen de colesterol
--	--

Personas de 18 años con diagnóstico de hipertensión, presión alta, dislipidemia o síndrome metabólico	Orientación nutricional
--	-------------------------

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES (DPP) PARA PERSONAS DE 18 AÑOS

 <p>Para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin diagnóstico de diabetes (no incluye historia de diabetes gestacional) • Con exceso de peso u obesidad (determinados por el BMI) • Glucosa en la sangre en ayunas de 100-125 mg/dl o HGBA1c del 5.7% al 6.4% o prueba de intolerancia a la glucosa de 140-199 mg/dl 	Inscripción en ciertos programas específicos del DPP, reconocidos por los CDC, para hacer cambios en el estilo de vida para bajar de peso
---	---



Programa de prevención para la mujer

SERVICIOS	
Visita de control de mujer sana (Incluye: visita antes de la concepción, primera visita prenatal y evaluación de incontinencia urinaria)	Hasta cuatro visitas cada año para servicios preventivos adecuados para el desarrollo y la edad
Métodos anticonceptivos (control de natalidad) y discusiones*	Todas las mujeres con planes de embarazo o que puedan quedar embarazadas
EXÁMENES MÉDICOS/PROCEDIMIENTOS	
Examen de diabetes	Prueba médica de diabetes durante el embarazo en la primera visita prenatal o en las semanas 24-28 y después del embarazo en mujeres con historia de diabetes gestacional y sin diagnóstico de diabetes
Examen médico y discusión de VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las mujeres sexualmente activas: Una vez al año • A partir de los 15 años, debe hacerse una evaluación de detección de VIH al menos una vez en la vida • Evaluación de riesgos y educación para prevenir la infección por VIH a partir de los 13 años • Evaluación de detección de VIH en todas las mujeres embarazadas al inicio de la atención prenatal, y una nueva evaluación de detección durante el embarazo según los factores de riesgo
Examen médico del virus del papiloma humano (HPV)	A partir de los 30 años: Cada tres años
Evaluación y orientación sobre violencia doméstica y de pareja	Una vez al año
Apoyo, orientación y gastos de equipo para amamantar (lactancia)	Durante el embarazo o después del parto (posparto)
Charla sobre infecciones de transmisión sexual (STI)	Todas las mujeres sexualmente activas: Una vez al año
Evaluación de ansiedad	La Iniciativa de Servicios de Prevención para la Mujer (Women's Preventive Services Initiative) recomienda hacer una evaluación de ansiedad a mujeres adolescentes y adultas, incluyendo las que están embarazadas o en etapa posparto
Orientación nutricional	Personas de 40-60 años con BMI normal y BMI con sobrepeso

* Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA pueden incluir esterilización y procedimientos según lo recetado. Uno o más métodos anticonceptivos de cada uno de los 18 métodos aprobados por la FDA, y cualquier servicio particular o producto anticonceptivo aprobado, autorizado o concedido por la FDA que el proveedor de la persona determine que es médicamente adecuado, están cubiertos sin costo compartido. Proceso de excepción: su proveedor puede pedir una excepción para el uso de un medicamento anticonceptivo con receta que no esté en el formulario por necesidad médica, completando el formulario de solicitud en línea. Cuando se apruebe, el medicamento con receta estará disponible para usted con un costo compartido de cero dólares. Nota: En la página 2 del formulario, con el título Autorización previa se lee "Los anticonceptivos necesitan una declaración de necesidad médica únicamente". El siguiente enlace funciona para todos los estados. [<https://content.highmarkprc.com/Files/Region/PA/Forms/MM-056.pdf>] Solo las aplicaciones anticonceptivas aprobadas por la FDA, que no sean parte de las 18 categorías de métodos, y que estén disponibles para descargar en un teléfono celular son reembolsables mediante el proceso de reclamo en papel con una receta. Los miembros deben presentar tres documentos para obtener el reembolso: 1) formulario de solicitud de reclamo en papel completado: [https://www.highmarkbcbs.com/redesign/pdfs/mhs/Medical_Claim_Form.pdf] En la sección DIAGNÓSTICO O DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN, escriba "compra de aplicación anticonceptiva" 2) recibo de pago de la aplicación anticonceptiva aprobada por la FDA, 3) receta del proveedor de la aplicación anticonceptiva aprobada por la FDA.

Información sobre la Ley de cuidado de la salud a bajo precio (ACA)

Este programa es una herramienta de remisión para planificar la atención preventiva para su familia y describe artículos y servicios obligatorios según la Ley de cuidado de la salud a bajo precio (ACA), con sus modificaciones. Se revisa y se actualiza periódicamente según los consejos de U.S. Preventive Services Task Force, las leyes y reglamentaciones y las actualizaciones de las directrices clínicas establecidas por organizaciones médicas nacionales. Por lo tanto, el contenido de este programa está sujeto a cambios. Sus necesidades específicas de servicios preventivos pueden variar según sus factores de riesgo individuales. Su médico es siempre el mejor recurso para determinar si tiene más riesgo de tener alguna condición. Algunos servicios podrían necesitar autorización previa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, las autorizaciones previas o su cobertura de beneficios, llame al número de Servicios para miembros que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Highmark Inc. es un nombre comercial de Highmark Blue Cross Blue Shield, que es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Todas las referencias a "Highmark" en este documento son referencias a la compañía Highmark que está proporcionando los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y la identidad de género. El administrador de reclamos/aseguradora no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado al nacer, identidad de género ni género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona no corresponde al sexo para el que dicho servicio médico se presta normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa negación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se comuniquen con nosotros eficazmente, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el administrador de reclamos/aseguradora no le prestó estos servicios o lo discriminó de cualquier otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales y de identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Información sobre el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Debido a que el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) está patrocinado por el Gobierno y no está sujeto a la ley ACA, es posible que ciertos beneficios preventivos no se apliquen a los miembros de CHIP o que puedan estar sujetos a copagos.

La Ley ACA autoriza la cobertura de ciertos servicios adicionales de atención preventiva. Estos servicios no se aplican a los planes con "derechos adquiridos". Esos planes se establecieron antes del 23 de marzo de 2010 y no cambiaron su estructura de beneficios. Si su cobertura médica es un plan con derechos adquiridos, usted tiene que haber recibido un aviso de esto en el material de los beneficios.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al número en la parte posterior de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

请注意：如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。请拨打您的身份证背面的号码（TTY：711）。

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

알림: 한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты (номер для текст-телефонных устройств (TTY): 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المساعدة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم الموجود خلف بطاقة هويتك (جهاز الاتصال لذوي صعوبات السمع والنطق: 711).

Kominike : Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan nimewo ki nan do kat idantite w la (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identité (TTY: 711).

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty ubezpieczenia zdrowotnego (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se a sua língua é o português, temos atendimento gratuito para você no seu idioma. Ligue para o número no verso da sua identidade (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Contatti il numero riportato sul retro della sua carta d'identità (TTY: 711).

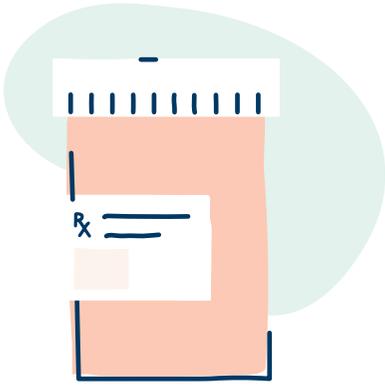
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen unsere fremdsprachliche Unterstützung kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie dazu die auf der Rückseite Ihres Versicherungsausweises (TTY: 711) aufgeführte Nummer an.

注：日本語が母国語の方は言語アシスタンス・サービスを無料でご利用いただけます。ID カードの裏に明記されている番号に電話をおかけください (TTY: 711)。

توجه: اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره واقع در پشت کارت شناسایی خود (TTY: 711) تماس بگیرید.

Cobertura de medicamentos con receta





BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Un plan de farmacia que se adapta a su vida.

Primero, usará la misma tarjeta de identificación para sus medicamentos que usa para su cobertura de seguro médico. Cuando vaya a una farmacia de la red, dependiendo de su plan y de la receta, es posible que tenga un copago o que deba pagar un porcentaje del costo del medicamento.

Ahora que sabe eso, debe recordar dos cosas importantes:

1. Por lo general, ahorrará dinero si elige un medicamento genérico en lugar de uno de marca.
2. Nuestro servicio de pedidos por correo para medicamentos de mantenimiento con receta es una opción conveniente que le ahorra viajes a la farmacia.

Además, para mantenerse actualizado con su cobertura, en el sitio web para miembros puede encontrar información sobre su cobertura de medicamentos y herramientas fáciles de usar para administrar sus beneficios y recetas. Use el sitio web para:

- **Encontrar farmacias dentro de la red.**
- **Ver los medicamentos cubiertos.**
- **Ver los precios de los medicamentos y las opciones de menor costo.**
- **Inscribirse en los resurtidos de pedido por correo.**
- **Resurtir o renovar una receta.**
- **Recibir advertencias de interacciones de medicamentos.**
- **Comparar el ahorro de costos con el servicio de pedido por correo.**
- **Acceder a los formularios que necesita para su cobertura.**

Una vez que sea miembro, puede iniciar sesión en la **aplicación My Highmark**, en el sitio web para miembros en **MyHighmark.com** o llamar al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro para obtener más información.



Programas para mantenerlo seguro sin pagar más por sus medicamentos.

Cuando se trata de sus medicamentos, Highmark usa programas para ayudarlo a elegir medicamentos más seguros y rentables. En el proceso de obtener el medicamento correcto, en el momento correcto, en la cantidad correcta y al precio correcto, podría encontrarse con uno de los siguientes programas:

Autorización previa:

Cuando sea miembro y sea el momento de surtir una receta, verificaremos automáticamente para asegurarnos de que sea la mejor manera de tratar la condición que le diagnosticaron (o que haya probado otros tratamientos antes y que no hayan funcionado). Si el medicamento con receta no es adecuado para usted, deberá pedirle a su médico una autorización previa. Esta es nuestra forma de verificar que esté recibiendo medicamentos seguros, eficaces y médicamente necesarios.

Límites de cantidad:

Algunos medicamentos están regulados para asegurarse de que usted obtenga la dosis correcta. Los límites pueden estar basados en el sexo, en la edad o en otros factores que restringen la frecuencia con la que puede resurtir su receta y la cantidad que recibe. Esos límites se han establecido para mantenerlo a salvo.

Terapia escalonada:

Para ciertos medicamentos, nuestros programas usan “pasos”. Eso significa que primero deberá probar los medicamentos preferidos antes de que se cubran los menos preferidos. Los medicamentos preferidos tienden a ser los medicamentos genéricos de menor costo que ya se ha mostrado clínicamente que son seguros y tan eficaces como sus equivalentes más costosos. La terapia escalonada está diseñada para obtener costos más bajos sin perder el acceso a los medicamentos no preferidos.

Para negocios totalmente asegurados, los miembros pueden calificar para una excepción de este protocolo en determinadas circunstancias.

Si se necesita autorización previa para el medicamento con receta, avise a su médico. Hay tres opciones para obtener la autorización previa:

1. Enviar una solicitud en línea mediante CoverMyMeds® (covermymeds.com).
2. Llamar a la línea directa de farmacia al 800-600-2227.
3. Enviar por fax un formulario de solicitud al personal de la línea directa al 866-240-8123.

(Obtenga un formulario en myhighmark.com haciendo clic en Helpful Links [Enlaces útiles], Forms Library [Biblioteca de formularios] y luego en Pharmacy Forms [Formularios de farmacia]).



Ahorre aún más con la farmacia de pedidos por correo.

Si toma medicamentos regularmente, la farmacia de pedidos por correo puede simplificarle la vida y ayudarlo a ahorrar con:

- Resurtidos de medicamentos para 90 días con un solo copago.
- Hacer pedidos en línea, por correo o por teléfono 24/7.
- Las entregas normalmente son de tres a cinco días.
- Envío estándar gratis.
- Farmacéuticos que pueden ayudarlo están disponibles 24/7.
- Pagos fáciles mediante cheque electrónico, tarjeta de crédito o cuenta de gastos médicos.



Cómo empezar a usar la farmacia de pedidos por correo

Obtenga de su médico una nueva receta para un suministro hasta para 90 días, más resurtidos hasta para un año. Después:

- Pida a su médico que le envíe la nueva receta por fax o como receta electrónica.

O

- Úsela para presentar el Formulario de farmacia para pedidos por correo (Pharmacy Mail Order Form) y el Cuestionario de salud, alergias y medicamentos (Health, Allergy, and Medication Questionnaire).

Encontrará los formularios al final de esta sección de Beneficios de farmacia. También están disponibles en la **aplicación My Highmark** o en el sitio web para miembros **MyHighmark.com**. Solo inicie sesión y haga clic en la pestaña Support (Soporte). Luego, seleccione Forms Library (Biblioteca de formularios) que está en la sección Health Plan Documents (Documentos del plan médico).

Debe enviar los formularios completados a:

Express Scripts Pharmacy
PO Box 66577
St Louis, MO 63166-6577

Para obtener ayuda con su pedido, llame a servicios de farmacia al 1-800-903-6228 (para TTY, llame al 1-800-759-1089).



FARMACIAS PARTICIPANTES DE LA RED NACIONAL DE CVS

Hay más de 55,000 farmacias en la Red Nacional de CVS, incluyendo:

Accredo	Planned Parenthood
Ahold	Price Chopper Pharmacy
Albertsons	Publix
Aurora Pharmacy	Raley's
Bi-Lo Holdings	Rite Aid
Brookshire Grocery	Roundy's Supermarkets
Coborn's	Safeway
Coram Healthcare	Sam's Club
Costco	Sav-On
Departamento de Asuntos de Veteranos	Save Mart Supermarkets
Discount Drug Mart	Schnucks
Food City Pharmacy	SuperValu
Giant Eagle	Thrifty White Stores
Hannaford Brothers	Value Drugs
H-E-B Grocery	Wakefern
Hy-Vee	Walmart
Ingles Markets	Wegmans
Kinney Drugs	Weis Markets
Kmart	
Lewis Drugs Inc.	
MK Stores	
Marc Glassman	
Maxor Pharmacy	
The Medicine Shoppe	
Meijer	

4 Método de pago No envíe dinero en efectivo

Usted nos autoriza a conservar en el archivo la información de su tarjeta de pago que usó para hacer esta compra y cobrar a su cuenta de tarjeta de pago cualquier pedido de recetas que haga. Si elige inscribirse en el programa de pago automático, además autoriza que podamos cargar a su método de pago inscrito los pedidos de recetas que hagan los miembros cubiertos del grupo familiar, incluyendo las recetas pedidas antes que no se hayan pagado.

- Le avisaremos sobre cualquier cambio a esta autorización por correo electrónico o correo, según corresponda. Esta Autorización de tarjeta registrada, y si corresponde la inscripción para pago automático, permanecerán vigentes hasta que cancele la autorización iniciando sesión en su cuenta o llamando sin costo al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. La cantidad de la transacción se determina según la estructura de beneficios del plan en el momento en que se envía la receta.
- La ley estatal prohíbe devolver medicamentos con receta para volver a venderlos o reusarlos. No podemos aceptar la devolución de medicamentos con receta surtidos correctamente a cambio de crédito o reembolso.
- Consulte nuestra política de privacidad para obtener información relacionada con nuestro uso y revelación de la información de identificación personal.

Firma X _____

<p>Tarjeta de crédito: Aceptamos VISA, MC, Discover, AMEX, Diners</p>	<p>Cheque o cuenta de cheques</p>
<p><input type="radio"/> Pago automático, continuo con tarjeta de crédito Autorizo pagar este pedido y todos los pedidos futuros con la tarjeta de crédito de abajo.</p> <p><input type="radio"/> Solo para este pedido. Simplemente complete abajo la información de su tarjeta de crédito.</p> <p>Número de tarjeta de crédito</p> <p>_____</p> <p>Fecha de vencimiento</p> <p>_____</p>	<p><input type="radio"/> Pago automático, continuo con una cuenta de cheques. Autorizo pagar este pedido y todos los pedidos futuros con la información de la cuenta de abajo o incluyo un cheque anulado.</p> <p><input type="radio"/> Solo para este pedido. Adjunte un cheque a nombre de Express Scripts® Pharmacy. Escriba el número de factura en el cheque.</p> <p>Nombre del titular de la cuenta de cheques</p> <p>_____</p> <p>Número de la cuenta de cheques</p> <p>_____</p> <p>Número de identificación del banco (primeros 9 dígitos en la esquina izquierda inferior del cheque personal)</p> <p>_____</p>

Revise el saldo de su cuenta y pague los saldos pendientes en cualquier momento en express-scripts.com/rx. Para cambiar el límite de la cantidad que cargamos a su tarjeta sin llamarlo:

- Vaya a express-scripts.com/rx
- Inicie sesión en su cuenta
- En Account (Cuenta), seleccione Payment Methods (Métodos de pago); en el método, seleccione Edit (Editar)
- Cambie el límite de autorización de pago y Save (Guardar)

Puede administrar todas las preferencias de la cuenta en express-scripts.com/rx o llamar sin costo a Servicios para Miembros al número que está en su tarjeta de identificación.

5 Historia médica

Para actualizar sus alergias o condiciones médicas: Visítenos en <https://www.express-scripts.com/frontend/consumer/#/health-profile> o llame al **1.877.438.4417**. Esta información nos ayuda a protegerlo contra interacciones con medicamentos y alergias potencialmente dañinas.

6 Recordatorios importantes y otra información

Si es beneficiario de la Parte B de Medicare Y tiene un seguro médico privado, revise el material de beneficios de medicamentos con receta para determinar la mejor manera de obtener medicamentos y suministros de la Parte B de Medicare. O llame sin costo a Servicios para Miembros al número que está en su tarjeta de identificación. Para verificar la cobertura de recetas de la Parte B de Medicare, llame a Medicare al **1.800.633.4227**.

Para obtener más información o ayuda, visítenos en express-scripts.com/rx o llame sin costo a Servicios para Miembros al número que está en su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1.800.759.1089**.

Su pedido se puede surtir en cualquiera de las farmacias Express Scripts® situadas en todo el país.

7 Sustitución genérica

La ley estatal permite que un farmacéutico sustituya un medicamento equivalente genérico menos costoso por un medicamento de marca, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Tenga en cuenta que esto se aplica a las recetas nuevas y a todos los resurtidos futuros de esas recetas. Además, tenga en cuenta también que puede pagar más por un medicamento de marca.

No quiero recibir un medicamento de marca menos costoso ni un genérico.

Si la receta se envía electrónicamente, hable con su médico.

Ponga sus recetas, formularios de pedidos y su pago en un sobre.
No use grapas ni clips.
No pegue notas autoadhesivas en el formulario.

CRP2408_11264 STLF14WB



express-scripts.com/rx

EXPRESS SCRIPTS PHARMACY
PO BOX 66577
ST LOUIS, MO 63166-6577

Bienestar





COACHES DE BIENESTAR

Apoyo personalizado para alcanzar sus objetivos médicos.

¿Quiere bajar de peso? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Quiere ser más activo? ¿Quiere equilibrar el estrés? Un coach de bienestar puede crear un plan personalizado para usted, por teléfono, en el horario que le convenga. Las sesiones no tienen costo y son confidenciales. Llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación y elija la opción de hablar con un coach de bienestar, o visite [HighmarkHealthCoachBCBS.com](https://www.HighmarkHealthCoachBCBS.com).



BABY BLUEPRINTS®

Consejos, respuestas y apoyo para el embarazo.

Este es nuestro programa de educación sobre la maternidad para atender las dudas de las futuras madres y ofrecer apoyo por teléfono de un coach de salud enfermero que está disponible sin costo. Llame al **1-866-918-5267** para inscribirse.

Herramientas y recursos de salud





HERRAMIENTAS EN LÍNEA Y SITIO WEB PARA MIEMBROS

Todo su plan al alcance de su mano.

Ya no hay que buscar archivos viejos ni esperar el correo. Su tarjeta de identificación digital, la herramienta “Find a Doctor” (Buscar un médico), la acumulación de los deducibles y el estado de los reclamos están disponibles en línea en myhighmark.com.



CALCULADORA DE COSTOS DE ATENCIÓN

Sepa lo que tendrá que pagar por la atención.

Antes de hacer una cita para una prueba, una exploración o un procedimiento, Care Cost Estimator (Calculadora de costos de atención) lo ayuda a calcular su factura por adelantado. Disponible en el sitio web para miembros, myhighmark.com.



BLUE365®

Descuentos para ayudarlo a mantenerse sano y activo.

Desde equipos de entrenamiento para bienestar personal hasta servicios de comidas saludables, lo ayudaremos a bajar de peso. Las ofertas exclusivas para miembros están en blue365deals.com.



APLICACIÓN MY HIGHMARK

Su plan médico en el bolsillo.

Obtenga acceso al instante a su tarjeta digital de identificación de miembro, a herramientas para buscar atención, información actualizada de reclamos y pago de primas fácilmente en línea directamente en su dispositivo móvil. Para empezar, simplemente descargue la aplicación My Highmark desde App Store o Google Play y configure su perfil.

Otra información importante



Explicación de los términos de atención médica

Cuando esté revisando los planes, es probable que vea ciertos términos una y otra vez. Esta es una hoja de referencia sobre algunos de los más importantes. (Si quiere el glosario completo, consulte su folleto de beneficios).

RECLAMO

La solicitud de pago que se envía a la compañía de seguros médicos después de que usted haya recibido la atención médica cubierta.

COSEGURO

El porcentaje que puede adeudar por ciertos servicios cubiertos después de alcanzar su deducible. Por ejemplo, si su plan paga el 80%, usted paga el 20%.

COPAGO

Cantidad establecida que usted paga por un servicio cubierto. Por ejemplo, \$20 por una visita con un médico o \$30 por una visita con un especialista.

SERVICIOS CUBIERTOS

Toda la atención, los medicamentos, los suministros y el equipo que su plan médico paga, al menos en parte, una vez que haya alcanzado su deducible.

DEDUCIBLE

La cantidad fija que paga por un servicio médico antes de que su plan comience a pagar.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO)

Un tipo de plan donde los servicios generalmente solo están cubiertos si usa proveedores dentro de la red, excepto para emergencias o atención de urgencia. Si viaja tendrá cobertura de atención de emergencia o de urgencia, pero generalmente no la tendrá por atención de rutina.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)

Un estado de cuenta de su compañía de seguros que muestra los servicios que recibió, incluyendo la cantidad que cubre su seguro y lo que usted debe pagar.

PLAN MÉDICO CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP)

Un plan que generalmente tiene una prima más baja porque paga más por los servicios de atención médica por adelantado antes de que la compañía de seguros comience a pagar. Estos planes a menudo se combinan con una cuenta de ahorro para gastos médicos.

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED

Un médico, un hospital u otro centro que tenga un acuerdo con su plan para aceptar la asignación y el costo compartido del plan como pago total. No le facturarán más por los servicios cubiertos, pero es posible que aún tenga que pagar el deducible, el coseguro o los copagos.

MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO

Lo máximo que pagaría por la atención cubierta. Si usted alcanza esa cantidad, su plan empieza a pagar.

TIPOS DE REDES

Amplia: La red que proporciona acceso a muchos médicos y centros en su área.

Escalonada: Una red que ofrece acceso a la mayoría de los médicos y centros en su área basándose en un sistema escalonado, optimizado y estándar. Generalmente, usted paga menos por el nivel Optimizado de beneficios que por el nivel Estándar.

Reducida: Las redes locales específicas para ciertos mercados. Tienden a estar cerca de donde vive. Usted tiene acceso a los médicos y centros en esa red.

PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Un médico u hospital que generalmente cobra más que la asignación de su plan por los mismos servicios.

ASIGNACIÓN DEL PLAN

La cantidad establecida que usted y su plan pagarán por un servicio médico. Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle más que esta cantidad.

CERTIFICACIÓN PREVIA

Una decisión que el plan médico toma con antelación sobre si un servicio, tratamiento o medicamento son médicamente necesarios para usted. Puede llamarse autorización previa o aprobación previa, pero no es una promesa de que un servicio se cubra por completo.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

Un tipo de plan que ofrece más flexibilidad para elegir proveedores, generalmente con la seguridad extra de la cobertura para la atención médica que podría necesitar cuando esté lejos de casa.

PRIMA

Cantidad mensual que usted o su empleador paga para que tenga cobertura médica.

PROVEEDOR

La persona o el centro que le proporciona atención, ya sea su médico de atención primaria, un técnico de laboratorio o un fisioterapeuta, se llama proveedor de atención médica.

CLÍNICAS EN COMERCIOS

Centros de consulta sin cita para necesidades médicas menos complejas; suelen estar abiertos en la noche y los fines de semana.

CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Un centro de consulta sin cita para cuando tiene una condición que sea suficientemente grave como para necesitar atención de inmediato, pero no tan grave como para ir a la sala de emergencias.



Cómo aprobamos lo que está cubierto:

Determinación de la atención que se cubrirá

Tenemos un grupo de expertos llamado Servicios Clínicos. Su función es asegurarse de que usted esté recibiendo atención médicamente necesaria y apropiada. Eso significa, por lo general, que la atención debe ser:

- **Es una práctica médica estándar.**
- **Se ha comprobado que es efectiva.**
- **No es solo por conveniencia de usted ni de su médico.**
- **No más costosa que algo más que sea igual de efectiva.**

La mayor parte de la atención que cubre su plan cumple estas directrices, por lo que podrá recibir la atención y que esté cubierta sin necesidad de hacer nada más.

Debe confirmar que su proveedor haya obtenido una autorización previa para cualquier servicio fuera del área en que se necesite antes de recibir el servicio. Esto también incluirá radiología avanzada y estudios por imágenes del corazón. Llame al número de Servicios para Miembros que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o en la aplicación My Highmark para revisar su cobertura y confirmar si es necesario que su proveedor obtenga una autorización previa.*

*La autorización previa no es garantía de cobertura, del pago ni de la cantidad del pago. Todos los servicios están sujetos a las exclusiones del contrato y a elegibilidad en el momento en que se prestan.

Si se le deniega la cobertura porque determinamos que la atención no cumple esas calificaciones, tiene derecho a apelar la decisión.

Cómo mantenemos su información segura:

Usted nos confió su información personal y protegerla es algo que tomamos seriamente. Seguimos políticas muy estrictas para manejar y proteger la información médica protegida (PHI).

Durante el uso de su cobertura, algunas veces compartimos su PHI para situaciones de rutina, como asegurarse de que esté recibiendo tratamientos seguros y eficaces, o que los médicos estén recibiendo el pago por la atención que usted reciba.

Si le interesa, tiene derecho a ver toda la información en su expediente médico. La manera más rápida de acceder a ella es pedirselo a su médico de atención primaria.

En líneas generales, así es cómo nos aseguramos de que usted esté protegido y de que esté recibiendo atención adecuada y médicamente necesaria.

Si quiere leer las descripciones legales completas de las políticas que hemos resumido aquí, vaya a [discoverhighmark.com](https://www.discoverhighmark.com). Desplácese hasta el final de la página, haga clic en **Quality Assurance** (Control de calidad) y escriba su código postal.



Administración de la atención y de casos

Programas de apoyo de la atención y manejo de condiciones médicas complejas:

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Las necesidades de atención pueden variar de una persona a otra y pueden cambiar con el tiempo. Nuestro Programa de Administración de la Atención se centra en la atención conectada para que podamos ayudarlo a obtener atención segura, eficaz y adecuada justo cuando la necesite.

Servicios mediante el Programa de Administración de la Atención:

La revisión de certificación previa comienza antes de que usted reciba la atención y:

- Confirma que usted sea elegible y tenga beneficios para la atención.
- Determina si la atención es médicamente necesaria y adecuada.
- Garantiza que la atención se dé en el centro apropiado y por el proveedor adecuado.
- Ofrece alternativas para la atención, si las hubiera.
- Identifica si la administración de casos o el manejo de condiciones podrían ayudar al miembro.

La revisión simultánea se hace durante el tratamiento para:

- Evaluar la necesidad médica de continuar el tratamiento.
- Evaluar el nivel de atención adecuado para el tratamiento.
- Prever posibles preocupaciones por la calidad de la atención.
- Identificar las situaciones en que se necesita consultar al médico.
- Determinar los beneficios potenciales de la administración de casos o del tratamiento de condiciones.
- Actualizar o revisar el plan para el alta.

La planificación del alta se hace durante el tratamiento para:

- Promover niveles alternativos de atención, cuando sea apropiado.
- Asegurarse de que la atención se dé en el entorno adecuado.
- Identificar la posibilidad de usar los programas de administración de casos o de manejo de condiciones desde un principio.
- Hacer remisiones oportunas para intervenciones.
- Desarrollar e implementar planes adecuados para el alta.

La revisión retrospectiva se hace después de que se hayan prestado los servicios y:

- Evalúa si los servicios médicos fueron adecuados basándose únicamente en la información disponible en el momento en que se haya dado la atención médica.



PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Según los estándares de Case Management Society of America (CMSA), el Programa de Administración de Casos apoya a los miembros con condiciones médicas graves y complejas, y los ayuda a transitar por el sistema de atención médica y a tomar decisiones de atención informadas. Independientemente de la condición, el objetivo general es que los miembros recuperen el nivel más elevado posible de funcionamiento en su trabajo, en su vida social y con su familia.

Los objetivos individuales de la administración de casos incluyen:

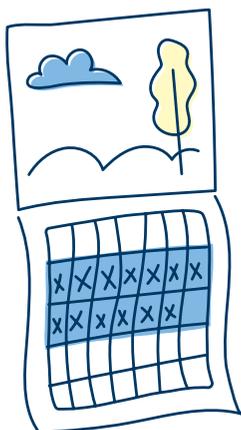
- Identificar y resolver brechas en la atención.
- Garantizar la atención apropiada en el momento adecuado mediante centros y proveedores adecuados.
- Aumentar la comprensión de los miembros sobre su condición o situación.
- Reducir las incongruencias de la medicación y asegurarse del uso correcto de los medicamentos con receta.
- Tratar cualquier problema del cuidador que pueda afectar las condiciones de los miembros.
- Mejorar la capacidad de los miembros para manejar sus propias condiciones y centrarse en el bienestar.
- Reducir las visitas a emergencias y las hospitalizaciones potencialmente evitables.
- Evaluar las necesidades de medicamentos y consultar con el equipo de farmacia de Highmark según se considere necesario.

Cómo funciona el Programa de Administración de Casos:

Un enfermero registrado encargado del caso colabora con un equipo multidisciplinario, compuesto por directores médicos, farmacéuticos, especialistas de salud conductual, trabajadores sociales, especialistas de bienestar y dietistas para evaluar las necesidades médicas de una persona mediante:

- Planificar, coordinar y supervisar la atención y la evolución para estar sano.
- Evaluar todas las opciones, los recursos y los servicios de un miembro.
- Identificar las brechas o las barreras para una atención óptima antes del ingreso o del alta de un paciente.
- Ayudar a los miembros y a los cuidadores a entender las condiciones y los planes de atención para que puedan controlar su salud.
- Educar sobre la coordinación de la atención, los sistemas de apoyo, la medicación, la salud y el bienestar.
- Colaborar con diversos proveedores, centros de atención y agencias de atención a domicilio para asegurar una atención adecuada.

La administración de casos es voluntaria. Los miembros pueden finalizar su participación en el programa en cualquier momento.



Autorización previa por servicios fuera del área

Debe confirmar que su proveedor haya obtenido una autorización previa para cualquier servicio fuera del área en que se necesite *antes de recibir el servicio*. Esto incluye radiología e imágenes del corazón. Una autorización previa solo significa que trabajamos con su proveedor antes de que usted reciba el servicio propuesto para asegurarnos de que el procedimiento sea médicamente necesario. El proveedor fuera del área tendrá que comunicarse con nosotros sobre eso, pero es importante que usted se mantenga en contacto con él.

El proveedor también puede llamar a Servicios de Proveedores para determinar si se necesita una autorización previa para el servicio propuesto.

Si no se recibe una autorización previa, usted podría ser responsable del 100% de la factura*.

Llame al número de Servicios para Miembros que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para revisar su cobertura y confirmar si es necesario que su proveedor obtenga una autorización previa.*

*La autorización previa no es garantía de cobertura, del pago ni de la cantidad del pago. Todos los servicios están sujetos a las exclusiones del contrato y a elegibilidad en el momento en que se prestan.

Analicémoslo con más detalle.

- 1** Usted y el proveedor se ponen de acuerdo en el servicio que necesita.
- 2** El proveedor comunica toda la información del procedimiento a Highmark. **Usted debe mantenerse en contacto con el proveedor.**
- 3** Highmark revisará el servicio solicitado.
- 4** Les enviaremos la autorización previa a usted y al proveedor si se determina que lo solicitado es médicamente necesario.

Nuestros amigos del departamento de asuntos legales nos pidieron que incluyéramos esto. Disfrute de toda la información esencial.

El término “Highmark” en este documento se refiere a la compañía Highmark que está proporcionando los beneficios médicos a los miembros o la administración de los beneficios médicos.

Onduo es una compañía independiente que ofrece un programa de atención virtual para su plan médico.

Sword Health Inc. es una compañía independiente que presta servicios de bienestar para su plan médico.

Livongo es una compañía independiente que ofrece un programa de control de la diabetes en nombre de Highmark.

Lark es una compañía independiente que administra programas digitales de coaching de salud y bienestar en nombre de su plan médico.

Best Doctors es una compañía independiente que administra el programa virtual de segundas opiniones médicas en nombre de Highmark.

Sapphire Digital es una compañía independiente que administra el programa SmartShopper para su plan médico. Es posible que los precios no estén disponibles para todos los procedimientos médicos, las pruebas o los proveedores de atención médica.

American Well es una compañía independiente que presta servicios de atención médica virtual. American Well no proporciona productos ni servicios de Blue Cross ni de Blue Shield, y es el único responsable de los servicios de telemedicina que presta.

Baby Blueprints es una marca comercial registrada de Blue Cross Blue Shield Association.

Blue365 es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.

Davis Vision es una compañía independiente que ofrece la red y administra los beneficios de la vista para los miembros de Highmark.

Blue Distinction[®] Specialty Care es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association. Blue Distinction Centers (BDC) cumplieron las medidas de calidad general, desarrolladas con la participación de la comunidad médica. Un plan Blue local puede exigir otros criterios a los proveedores que están en su área de servicio; para obtener más información, comuníquese con su plan Blue local. Blue Distinction Centers+ (BDC+) también cumplieron las medidas de costos que cubren la necesidad de los consumidores de recibir atención médica asequible. El costo de la atención de cada proveedor se evalúa a partir de los datos de su plan Blue local. Los proveedores de CA, ID, NY, PA y WA pueden estar en dos áreas de planes Blue locales, por lo que se hacen dos evaluaciones del costo de la atención, y cada plan Blue local decide si una o ambas evaluaciones del costo de la atención deben cumplir los criterios nacionales de los BDC+. Los proveedores de Total Care (“Total Care”) han cumplido los criterios nacionales basándose en el compromiso de los proveedores de dar atención basada en el valor a una población de miembros de Blue. Los proveedores de Total Care+ también cumplieron el objetivo de dar atención de calidad a un costo total más bajo en relación con otros proveedores de su área. La información del programa está en www.bcbs.com. Los resultados individuales pueden variar. Para obtener información sobre si un proveedor está dentro de la red o sobre la cobertura de su póliza, comuníquese con su plan Blue local y pregúntele a su proveedor antes de programar una cita. Ni Blue Cross and Blue Shield Association ni ningún plan Blue son responsables de los cargos que no están cubiertos ni de otras pérdidas o daños que resulten de la información de Blue Distinction, de Total Care o de otros buscadores de proveedores, ni de la atención recibida de Blue Distinction, de Total Care ni de otros proveedores.

Blues On Call es una marca de servicio de Blue Cross Blue Shield Association.

Blue Cross Blue Shield Global[®] Core es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.

BlueCard es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association. Las estadísticas sobre la cobertura se basan en Blue Cross Blue Shield Association.

Blue High Performance Network es una red de Organización de Proveedores Exclusivos (EPO) que ofrece servicios dentro de la red únicamente y que tiene un solo nivel en la mayoría de los mercados. Sin embargo, hay excepciones en estos dos mercados: Nueva Jersey y Filadelfia. Comuníquese con su administrador de clientes para obtener más información del modelo dentro de la red de dos niveles en estos mercados. Blue High Performance Network es una marca de servicio de Blue Cross Blue Shield Association.

Los programas que se describen aquí no pretenden sustituir las recomendaciones, el diagnóstico ni el tratamiento médico profesional. Consulte siempre con su médico o con otro proveedor médico si tiene preguntas o preocupaciones sobre una condición médica. La cobertura del plan médico está sujeta a los términos del acuerdo de beneficios del plan.

Esto no es un contrato.

La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y la identidad de género. El administrador de reclamos/aseguradora no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado al nacer, identidad de género ni género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona no corresponde al sexo para el que dicho servicio médico se presta normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa negación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se comuniquen con nosotros eficazmente, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el administrador de reclamos/aseguradora no le prestó estos servicios o lo discriminó de cualquier otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales y de identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

El seguro o la administración de beneficios/reclamos lo pueden proporcionar Highmark, Highmark Choice Company, Highmark Coverage Advantage, Highmark Health Insurance Company, First Priority Life Insurance Company, First Priority Health, Highmark Benefits Group, Highmark Select Resources, Highmark Senior Solutions Company o Highmark Senior Health Company, licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-876-7639.

Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-800-876-7639.

如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。請致電 1-800-876-7639。

Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số 1-800-876-7639.

한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. 1-800-876-7639 로 전화.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-876-7639.

Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Звоните 1-800-876-7639.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المعاونة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-800-876-7639.

Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan 1-800-876-7639.

Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez au 1-800-876-7639.

Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń 1-800-876-7639.

Se a sua língua é o português, temos atendimento gratuito para você no seu idioma. Ligue para 1-800-876-7639.

Se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Chiamare l'1-800-876-7639.

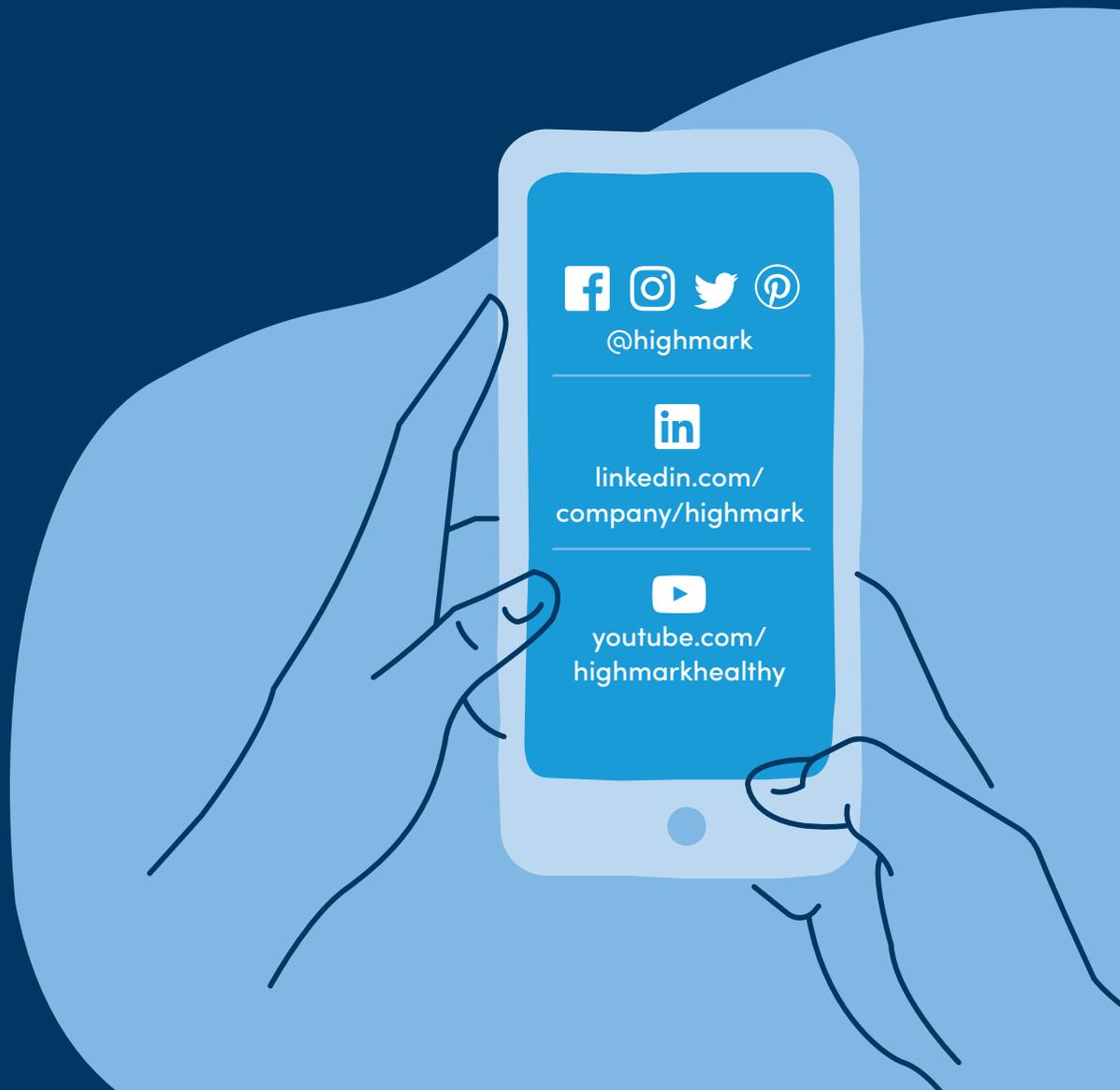
Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen unsere fremdsprachliche Unterstützung kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-876-7639.

日本語が母国語の方は言語アシスタンス・サービスを無料でご利用いただけます。 1-800-876-7639 を呼び出します。

اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان با تماس با شماره 1-800-876-7639 .

Comuníquese con nosotros.

Estamos en la mayoría de sus redes sociales favoritas, por lo que puede comunicarse con nosotros allí si es más fácil para usted. Puede saludarnos, hacernos preguntas o dejarnos comentarios. Encuéntrenos aquí:



Tiene nuestro apoyo.

Para hacer preguntas de cobertura, llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o hable con el administrador de su plan.