

Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá

<http://www.axa-assistance.com.pa>



2012

Un plan administrado de pago por servicio con una opción de punto de servicio

Patrocinado y administrado por: La Asociación de Jubilados del Área del Canal de Panamá (AJAC)

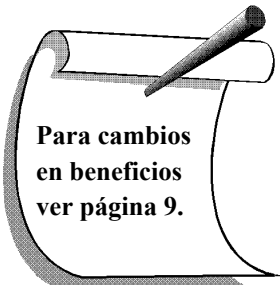
Quién puede inscribirse en este Plan: Los jubilados (retirados y/o sobrevivientes) quienes sean elegibles para cobertura bajo el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, quienes residan en Panamá y quienes se convierten en miembros de la Asociación.

Para convertirse en un miembro de la Asociación: Usted se convierte en un miembro de la Asociación cuando usted se inscribe en el Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá.

Los códigos de inscripción para este Plan:

431- Individual

432- Individuo y Familia



Para cambios en beneficios ver página 9.



Authorized for distribution by the:



United States
Office of Personnel Management

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

RI 72-004

**Aviso Importante del Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá
Acerca de Nuestra Cobertura de Receta de Medicamento y Medicare**

La OPM ha determinado que la cobertura de receta de medicamento del Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá en promedio, espera pagar tanto como la cobertura estándar de Medicare para recetas de medicamentos pagará a todos los participantes del plan y es considerado Cobertura Acreditada. De ese modo usted no necesita inscribirse en la Parte D de Medicare y pagar adicional por la cobertura de beneficio de receta de medicamentos. Si usted decide inscribirse en la Parte D de Medicare posteriormente, usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía mientras usted mantenga su cobertura FEHB.

Sin embargo, si usted elige inscribirse en la Parte D de Medicare, usted puede mantener su cobertura FEHB y su plan FEHB coordinará beneficios con Medicare.

Recuerde: Si usted es un rentista y usted cancela su cobertura FEHB, usted no podrá re-inscribirse en el Programa FEHB.

Sírvase informarse

Si usted perdiera o dejara la cobertura FEHB y está 63 días o más sin la cobertura de receta de medicamento eso es por lo menos tanto bueno como la cobertura de Medicare de receta de medicamento, su prima mensual irá hasta por lo menos 1% por mes por cada mes que usted no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si usted está 19 meses sin la cobertura de receta de medicamento de la Parte D de Medicare, su prima siempre será por lo menos 19 por ciento mayor que lo que muchas otras personas pagan. Usted tendrá que pagar esta prima más alta mientras que usted mantenga la cobertura de de receta de medicamento de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el próximo Período de Elección Coordinado Anual (15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirse en la Parte D de Medicare.

Beneficios de Bajo Ingreso de Medicare

Para personas con ingreso y recursos limitados, ayuda adicional de pago está disponible para el plan de receta de medicamento. La información en relación a este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social (SSA) en línea al www.socialsecurity.gov o llamar a SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Usted puede obtener mayor información acerca de la cobertura de receta de medicamento de estos lugares:

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

Índice

Introducción	3
Lenguaje Sencillo.....	3
Detenga el Fraude en el Cuidado de la Salud!	3
Evitando Errores Médicos.....	4
Sección 1. Hechos acerca de este Plan de pago por servicio	7
Tenemos Beneficios de Punto de Servicio (PDS).....	7
Cómo le pagamos a proveedores	7
Sus Derechos.....	8
Sus registros médicos y reclamos son confidenciales.....	8
Sección 2. Como cambiamos para 2012	9
Cambios amplios del Programa	9
Cambios a este Plan	9
Sección 3. Cómo obtener servicios	10
Tarjetas de Identificación	10
Donde obtiene cuidado cubiertos	10
• Proveedores cubiertos.....	10
• Centros cubiertos	11
Lo que tiene que hacer para recibir los cuidados de la cobertura	12
• Cuidado Primario.....	12
• Cuidado de especialidad	12
• Cuidado Transitorio	12
• Si usted está hospitalizado cuando comienza su inscripción.....	12
Para ciertos servicios usted requiere autorización previa del Plan	13
• Admisión de pacientes para hospitalización	13
• Otros servicios	13
Como solicitar la pre certificación para internarse, o conseguir autorización anticipada para otros servicios	14
• Reclamos de atención no urgentes.....	14
• Reclamos de atención urgentes.....	14
• Admisión de emergencia del paciente interno.....	14
• Cuidado de Maternidad	15
• Si su estadía en el hospital necesita ser prolongada	15
• Si se necesita extender su tratamiento	15
Si no está de acuerdo con nuestra decisión del reclamo pre-servicio	15
• Para la reconsideración de un reclamo de atención no urgente	15
• Para la reconsideración de un reclamo de atención urgente	15
• Registrar un reclamo con OPM	15
Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos	16
Co-pagos	16
Compartimiento de Costo	16
Deducible	16
Co-seguro	16
Si su proveedor rutinariamente renuncia su costo	16
Renuncias	16
Pago por Servicio máximo para el Paciente externo.....	17
Diferencias entre Nuestra Asignación y la factura.....	17
Su desembolso máximo para co-seguro de protección Catastrófica PPS	17

Saldo anterior	18
Si le pagamos en exceso.....	18
Cuando las centros del Gobierno nos facturan.....	18
Cuando usted tiene 65 años de edad o más y no tiene Medicare	19
Cuando usted tiene el Plan Original de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos).....	20
Sección 5. Beneficios.....	21
Sección 6. Exclusiones generales - cosas que no cubrimos.....	58
Sección 7. Presentando un reclamo por servicios cubiertos	60
Sección 8. El proceso de reclamo disputado.....	62
Sección 9. Coordinando los beneficios con otra cobertura	65
Cuando usted Tiene otra cobertura.....	65
¿Qué es Medicare?.....	65
• ¿Debo inscribirme en Medicare?.....	66
• El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B).....	66
• Háblenos sobre su Cobertura de Medicare	67
• Contrato Privado con su médico.....	67
• Medicare Advantage (Parte C)	67
• Cobertura de medicamentos recetados (Parte D)	68
TRICARE y CHAMPVA	70
Compensación de Trabajadores	70
Medicaid.....	70
Cuando otras agencias gubernamentales son responsables por su cuidado	70
Cuando otros son responsables por sus lesiones	70
Cuando usted tiene el Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP).....	70
Pruebas Clínicas.....	71
Sección 10. Definiciones de los términos que usamos en este panfleto	72
Sección 11. Hechos FEHB.....	75
Información de cobertura	75
• Ninguna limitación por condición PRE-existente	75
• Donde puede conseguir Información sobre la inscripción en el Programa FEHB.....	75
• Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia	75
• Cobertura para miembros de la familia	76
• Ley de Equidad Para los hijos (Children’s Equity Act).....	76
• Cuando comienzan los beneficios y las primas	77
• Cuando usted se jubila.....	77
Cuando pierde los beneficios	77
• Cuando termina la cobertura FEHB	77
• Al ocurrir un divorcio	78
• Cobertura de Continuación de Temporal (TCC)	78
• Convertir a Cobertura Individual.....	78
• Para conseguir un Certificado de Cobertura de Plan de Salud de Grupo	78
Sección 12. Otros Programas Federales.....	80
El Programa Federal de Cuenta de Gasto Flexible – FSAFEDS	80
El Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales – FEDVIP.....	81
El Programa Federal de Seguro de Cuidado de Largo Plazo – FLTCIP	81
El Programa pre existente de Condiciones y Seguros (PCIP)	82
Índice.....	83
Resumen de beneficios para el Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá - 2012	84
Información de Tasas para el Plan de Beneficio del Área del Canal de Panamá 2012.....	86

Introducción

Este panfleto describe los beneficios del Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá (PCABP) de conformidad con el contrato (CS 1066) celebrado entre La Asociación de Jubilados del Área del Canal de Panamá (AJAC) y la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos (OPM), según se ha autorizado por la ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales. La dirección de la oficina administrativa del Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá es:

Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá en “AXA Assistance”, Vía España, Edificio P.H. Plaza Comercial San Fernando, Planta Baja, Locales No. 1 y 2, Corregimiento de Pueblo Nuevo. Ciudad de Panamá, República de Panamá.

Este panfleto es una declaración oficial de los beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar o de otra manera afectar los beneficios, limitaciones, y exclusiones de este panfleto. Es su responsabilidad el estar informado acerca de sus beneficios de salud.

Si usted está inscrito en este Plan, usted tiene derecho a los beneficios descritos en este panfleto. Si usted está inscrito en la cobertura de Individuo y Familia, cada miembro familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios. Usted no tiene derecho a beneficios que estuvieron disponibles antes del 1 de enero de 2012, a menos que aquellos beneficios también se muestren en este panfleto.

La OPM negocia beneficios y tarifas con cada plan anualmente. Los cambios de beneficio son efectivos el 1 de enero de 2012, y los cambios están resumidos en la página 9. Las tarifas son mostradas al final de este panfleto.

Lenguaje Sencillo

Todos los panfletos FEHB son escritos en lenguaje sencillo para que sean fáciles de entender. Aquí hay algunos ejemplos:

- Excepto por términos técnicos necesarios, nosotros usamos palabras comunes. Por ejemplo, “usted” significa el que se inscribe o el familiar, “nosotros” significa el Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá.
- Nosotros limitamos las siglas a las que usted conoce. FEHB es el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. El OPM es la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos. Si usamos otras, primero le decimos lo que significan.
- Nuestro panfleto y otros panfletos de planes FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudar a comparar planes.

Si usted tiene comentarios o sugerencias acerca de cómo mejorar la estructura de este panfleto, hágalo saber a la OPM. Visite el área de retroalimentación “Rate us” (Califíquenos) en www.opm.gov/insure o correo electrónico OPM en fehwebcomments@opm.gov. Usted también puede escribir a la OPM al U.S. Office of Personnel Management Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, Program Analysis and Systems Support, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3650.

Detenga el Fraude en el Cuidado de la Salud!

El fraude aumenta el costo del cuidado de la salud para todos y aumenta su prima en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

La Oficina de OPM del Inspector General investiga todos los alegatos de fraude, despilfarro, y abuso en el Programa FEHB sin tomar en cuenta la agencia que le emplea a usted o de la cual usted se jubiló.

Protéjase de Fraude - He aquí algunas cosas que usted puede hacer para evitar fraude:

- No dé su número de identificación del plan por teléfono o a gente que usted no conoce, excepto su proveedor de cuidado de salud, plan de beneficios de salud autorizados, o representante de OPM.
- Permita solamente a profesionales médicos idóneos revisar su registro médico o recomendar servicios.
- Evite usar proveedores de salud quienes dicen que un ítem o servicio no está generalmente cubierto, pero saben como facturarnos para que sea pagado.

- Revise cuidadosamente las explicaciones de declaraciones de beneficio (EOBs) que usted recibe de nosotros.
- Sírvase revisar la exactitud de su historial de reclamos periódicamente para así asegurarnos de que no se le han facturado servicios que nunca fueron brindados.
- No le pida a su doctor hacer falsos datos en certificados, facturas o registros para que nosotros le paguemos por un ítem o servicio.
- Si usted sospecha que un proveedor le ha cobrado por servicios que usted no recibió, le facturó dos veces por el mismo servicio, o falsamente expuso cualquier información, haga lo siguiente:
 - Llame al proveedor y solicite una explicación. Puede que haya un error.
 - Si el proveedor no resuelve el asunto, llame a nuestra Línea Caliente de Fraude y Abuso al 312-935-9296 en los Estados Unidos y explique la situación.
 - Si nosotros no resolvemos este problema:

LLAME – A LA LÍNEA CALIENTE DE FRAUDE DE CUIDADO DE LA SALUD

202-418-3300

O ESCRIBA A:

United States Office of Personnel Management

Office of the Inspector General Fraud Hotline

1900 E Street NW Room 6400

Washington, DC 20415-1100

- No mantenga como un familiar en su póliza a:
 - Su ex-cónyuge después de un decreto de divorcio o anulación final (aún si una orden de corte estipulara lo contrario).
 - Su hijo tiene 26 años o más (a menos que él/ella haya estado incapacitado o sea incapaz de sostenerse con anterioridad a la edad de 26 años).
- Si usted tiene algunas preguntas acerca de la elegibilidad de un dependiente, verifique con su oficina de personal si usted está empleado, con su oficina de jubilación (tal como OPM) si usted está jubilado, o con el Centro Financiero Nacional si usted está inscrito bajo la Cobertura de Continuación Temporal.
- La representación fraudulenta de los hechos materiales es prohibida en el Plan. Usted puede ser acusado por fraude y su agencia podrá tomar acción contra usted. Algunos ejemplos de fraude incluyen, falsificar un reclamo para obtener beneficios FEHB, tratar de obtener u obtener servicios o cobertura para usted mismo u otra persona quien no califica para el plan, o suscribirse al Plan cuando usted ya no califica.
- Si su inscripción continúa después de ya no ser elegibles para la cobertura (es decir, si usted ha salido del servicio federal) y las primas no se pagan, usted será responsable por todas las prestaciones pagadas durante el período en que las primas no se pagaron. Usted puede recibir facturas por servicios recibidos de su proveedor. Usted puede ser procesado por fraude por haber utilizado beneficios de seguro, a sabiendas de que usted no había saldado las primas. Es su responsabilidad saber si usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar la cobertura de su seguro de salud.

Evitando Errores Médicos

Un informe influyente del Instituto de Medicina estima que hasta 98,000 Americanos mueren todos los años por errores médicos en hospitales solamente. Esto es alrededor de 3,230 muertes prevenibles en el Programa FEHB por año. Mientras que la muerte es el resultado más trágico, los errores médicos causan otros problemas tales como incapacidades permanentes, estadías prolongadas de hospital, períodos de recuperación más largas, y aún tratamientos adicionales. Haciendo preguntas, aprendiendo más y comprendiendo sus riesgos, usted puede mejorar la seguridad de su propio cuidado de la salud, y el de sus familiares. Tome estos simples pasos:

1. Haga preguntas si usted tiene dudas o inquietudes.

- Haga sus preguntas y asegúrese que usted comprende las respuestas.
- Elija un doctor con quien usted se sienta cómodo para hablar.
- Lleve un familiar o amigo con usted para ayudarle a hacer preguntas y comprender las respuestas.

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

- Traiga una lista actual de medicamentos o dé a su doctor o farmacéuta una lista de todos los medicamentos que usted toma, incluyendo medicamentos (vendidos) sin receta.
- Dígales acerca de cualesquiera alergias a medicamentos que usted tenga.
- Pregunte acerca de cualesquiera riesgos o efectos secundarios del medicamento y qué evitar mientras lo esté tomando. Asegúrese de anotar lo que diga su doctor o farmacéuta.
- Asegúrese que su medicamento es el que el doctor ordenó. Pregunte al farmacéuta acerca de su medicamento si parece diferente al que usted esperaba.
- Lea la etiqueta y el inserto de paquete del paciente cuando usted obtiene su medicamento, incluyendo todas las advertencias e instrucciones.
- Sepa como usar su medicamento. Especialmente anote las horas y condiciones cuando su medicamento debe y no debe ser tomado.
- Contacte a su doctor o farmacéuta si usted tiene algunas preguntas.

3. Obtenga los resultados de cualquier prueba o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo usted obtendrá los resultados de pruebas y procedimientos.
- No asuma que los resultados están bien si no los obtiene cuando los esperaba, ya sea en persona, por teléfono, o por correo.
- Llame a su doctor y pregunte por sus resultados.
- Pregunte lo que significan los resultados para su cuidado.

4. Hable con su doctor acerca de qué hospital es mejor para sus necesidades de salud.

- Pregunte a su doctor acerca de qué hospital tiene el mejor cuidado y los resultados para su condición si usted tiene para escoger más de un hospital para obtener el cuidado de salud que usted necesita.
- Asegúrese que usted comprende las instrucciones que se le da acerca del seguimiento de cuidado cuando usted deja el hospital.

5. Asegúrese que usted comprende qué pasará si usted necesita cirugía.

- Asegúrese que usted, su doctor, y su cirujano estén de acuerdo en lo que se le hará durante la operación.
- Pregunte a su doctor, "¿Quién se encargará de mi cuidado cuando esté en el hospital?"
- Pregunte a su cirujano:

"Exactamente qué estará usted haciendo?"

"¿Cuánto tiempo tomará?"

"¿Qué ocurrirá después de la cirugía?"

"¿Cómo se espera que me sienta durante el recobro?"

- Dígale al cirujano, anesthesiólogo, y enfermeras acerca de cualesquiera alergias, reacciones adversas a la anestesia, y cualesquiera medicamentos que usted está tomando.

Enlaces de Seguridad para Pacientes

- www.ahrq.gov/consumer/. La Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud tiene disponible una amplia lista de tópicos no solamente para informar a consumidores acerca de la seguridad del paciente sino para ayudarlo a escoger proveedores de calidad en cuanto al cuidado de la salud y mejorar la calidad del cuidado que usted recibe.
- www.npsf.org. La Fundación Nacional de Seguridad de Paciente tiene información sobre cómo garantizar cuidado de salud más seguro para usted y para su familia.
- www.talkaboutrx.org. El Consejo Nacional de Información y Educación del Paciente está dedicado a mejorar la comunicación acerca del uso apropiado y seguro de medicamentos.
- www.leapfroggroup.org. “The Leapfrog Group” está activo en la promoción de prácticas seguras en el cuidado de hospital.
- www.ahqa.org. La Asociación Americana de Calidad de Salud representa organizaciones y profesionales del cuidado de la salud trabajando para mejorar la seguridad del paciente.

Casos de Negligencia Médica

A usted no se le facturará por servicios de paciente interno relacionados con el tratamiento de condiciones específicas adquiridas en el hospital o con servicios de pacientes internos que se necesitan para corregir errores o eventos inadmisibles (never events), si utiliza los hospitales con los cuales hemos firmado convenios en las ciudades de Panamá y Colón de la República de Panamá. Está póliza ayuda a protegerlo de errores médicos prevenibles y mejorar la calidad de la atención que usted recibe.

Cuando uno ingresa al hospital para recibir tratamiento por un problema médico, uno no espera sufrir lesiones adicionales, infecciones u otras condiciones serias durante la estadía. Pese a que algunas de estas complicaciones no son evitables, muchas veces los pacientes sufren lesiones o enfermedades que hubiesen podido ser prevenidas si el hospital hubiese tomado las precauciones adecuadas.

Poseemos una póliza de pago de beneficios que motiva a los hospitales a reducir la probabilidad de condiciones o problemas adquiridos en el hospital, tales como infecciones, úlceras de decúbito severas y fracturas, y a minimizar los errores médicos que nunca deberían ocurrir (eventos o sucesos inadmisibles). Cuando uno de esos eventos inadmisibles ocurra, ni su FEHB plan, ni usted incurrirán en gastos para corregir el error médico.

Descripción de Beneficios	Usted paga
Procedimientos Quirúrgicos (cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de un cirujano asistente, excepto cuando es requerido por ley</i> • <i>Servicios de un cirujano sustituto, excepto durante angioplastia u otros procedimientos de alto riesgo cuando determinemos que los sustitutos sean médicamente necesarios.</i> • <i>Tratamiento de rutina de condiciones del pie; Ver cuidado del Pie</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Hemos designado lo siguiente como procedimientos quirúrgicos para pacientes externos. Si usted se somete a uno de los siguientes procedimientos de paciente interno sin la aprobación explícita por parte nuestra, nosotros aplicaremos una penalización de \$500 y limitaremos nuestro pago a 50% de nuestra asignación del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artroscopía (examen interno de una extremidad) • Biopsia del seno • Broncoscopía (examen interno del pulmón), adulto, con o sin biopsia. • Remoción de catarata • Cistoretroscopia • Endoscopia de tracto digestivo (examen interno de esófago, estómago, colon, o recto) • Dilación y curetaje de útero (D &C) • Excisión de quiste pilonidal, simple • Laparoscopia (examen interno del abdomen) con o sin ligación tubárica (esterilización femenina) • Laringoscopia y traqueoscopia (examen interno de laringe y tráquea) • Miringotomía (incisión de la membrana en el oído) • Biopsia de próstata • Reducción de fractura nasal, abierta o cerrada • Vasectomía (esterilización masculina) <p>Nota: Toda cirugía, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorias, deberán estar certificadas. Ver página 13.</p>	
Cirugía reconstructiva	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una condición causada por lesión o enfermedad si: <ul style="list-style-type: none"> - la condición produjo un mayor efecto en la apariencia del miembro - la condición razonablemente se puede esperar que sea corregida por dicha cirugía • Cirugía para corregir una condición que ya existía en o desde el nacimiento y es una desviación significativa de la forma o norma común. Los ejemplos de anomalías congénitas son: deformidades protuberante de la oreja; labio hendido; paladar hendido; manchas de nacimiento; y dedos de la mano y de los pies con tejido interdigitales. • Todas las fases de cirugía de reconstrucción de seno siguiente a una mastectomía, tal como: <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía para producir una apariencia simétrica de los senos; 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>

Descripción de Beneficios	Usted paga
Cirugía reconstructiva (cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de cualesquiera complicaciones físicas tales como limfedemas; - prótesis del seno; y sostén quirúrgico y reposiciones (ver dispositivos prostéticos para cobertura) <p>Nota: Nosotros pagamos por prótesis interno de seno como beneficios de hospital.</p> <p>Nota: Si usted necesita una mastectomía, usted podrá elegir tener el procedimiento ejecutado en base de paciente interno y permanecer en el hospital hasta 48 horas después del procedimiento</p>	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía cosmética - cualquier procedimiento quirúrgico (o cualquier porción de un procedimiento) realizado primariamente para mejorar la apariencia física a través de cambio en forma corporal, excepto reparación de lesión accidental.</i> • <i>Cirugías relativas a la transformación o disfunción sexual</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cirugía maxilofacial y oral	
<p>Procedimientos quirúrgicos orales, limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de fracturas de los huesos faciales y quijadas • Corrección quirúrgica de labio hendido, paladar hendido u oclusión defectuosa funcional severa • Remoción de piedras de conductos salivales • Excisión de leucoplaquia o malignidades • Excisión de quistes e incisión de abscesos cuando se hace como procedimientos independientes • Otros procedimientos quirúrgicos que no involucran los dientes o sus estructuras de soporte 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Transplantes e implantes orales</i> • <i>Procedimientos que no implican los dientes o sus estructuras de soporte (tales como membrana periodontal, gingival y el hueso alveolar)</i> 	<p><i>Todas los cargos</i></p>
Transplantes de tejido/órgano	
<p>Los transplantes de órgano sólido limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cornea • Corazón • Corazón/pulmón • Transplantes intestinal <ul style="list-style-type: none"> - Intestino delgado - Intestino delgado con el hígado - Intestino delgado con órganos múltiples, tales como el hígado, estómago, y páncreas • Riñón 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>

Descripción de Beneficios	Usted paga
<p>Transplantes de tejido/órgano (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hígado • Pulmón unilateral/bilateral • Páncreas 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
<p>Transplantes de célula de tallo limitado a las fases de los siguientes diagnósticos (Necesidad médica es considerada satisfecha si el paciente cumple la descripción de fase):</p> <p>Transplantes alogénicos para</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfocítica aguda o no linfocítica (es decir, mielogena) • Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) • Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) • Leucemia mieloide aguda • Trastornos mieloproliferativos avanzados • Amiloidosis • Leucemia Linfocítica crónica / Linfoma Linfocítico Pequeño (CLL/ SLL) • Hemoglobinopatía • Insuficiencia de Médula Ósea y desordenes relacionados (i.e. Anemia de Fanconi; aplasia pura de células rojas). • Leucemia mielógena crónica • Mielo-displacia / Síndromes Mielo-Displásicos • Hemoglobinuria Paroxística Nocturna o PNH por sus siglas en inglés. • Inmunodeficiencia combinada severa • Anemia aplástica severa o muy severa <p>Transplantes derivados de si mismos para</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfocítica aguda o no linfocítica (es decir, mielogena) • Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) • Linfoma no de Hodgkin Avanzada con recurrencia (recaída) • Amiloidosis • Neuroblastoma • Rabdomiosarcoma infantil • Sarcoma de Ewing avanzada • Cánceres del riñón avanzados en niños • Linfoma de células del manto (linfoma no Hodgkin) <p>Transplantes derivados de si mismo en tándem para</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amiloidosis - Mieloma múltiple (desde el principio y tratados) 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>

Transplantes de tejido/órgano - continúa en la próxima página

Descripción de Beneficios	Usted paga
Anestesia	
Servicios profesionales suministrados en – <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente interno) 	PDS: Nada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada
Servicios profesionales suministrados en – <ul style="list-style-type: none"> • Departamento para el paciente externo de hospital • Centro de enfermería Especializado • Centro quirúrgico ambulatorio • Oficina 	PDS: Nada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada Nota: Si su proveedor PDS usa un anestesiólogo no participante, nosotros pagaremos beneficios PPS por aquellos cargos de anestesia

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

Cosas importantes que usted debe tener en mente acerca de estos beneficios:

- Favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones, y exclusiones en este panfleto y son pagaderos solamente cuando nosotros determinemos que son médicamente necesarios.
- En esta sección un co-pago de admisión por \$25 para miembros PDS y un co-pago de admisión por \$100 para miembros PPS aplica a algunos beneficios solamente.
- Los beneficios PPS son los beneficios estándares de este Plan. Los beneficios PDS aplican solo cuando usted usa un proveedor PDS. Cuando no hay disponible proveedor PDS, los beneficios PPS aplican. El máximo PPS para los pacientes externos no aplica para ninguno de estos servicios. Bajo los beneficios PPS, Usted debe asumir todos los cargos que exceden a nuestros cargos permitidos.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *su costo por servicios cubiertos* para información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido, con secciones especiales para miembros quienes tenga 65 años o más. También leer la Sección 9 acerca de beneficios coordinados con otra cobertura, incluyendo con Medicare.
- Las cantidades listadas debajo son para los cargos facturados por el centro (es decir hospital o centro quirúrgico) o servicio de ambulancia para su cirugía o cuidado. Cualesquiera costos asociados con el cargo profesional (es decir, médicos, etc.) están en las Secciones 5(a) o (b).
- **USTED DEBE OBTENER PRE-CERTIFICACIÓN PARA ESTADÍAS EN EL HOSPITAL; EL DEJAR DE HACERLO RESULTARÁ EN UNA PENALIZACIÓN MÍNIMA DE \$500.** Favor referirse a la información de pre-certificación mostrada en la Sección 3 para estar seguro de qué servicios requieren pre-certificación.

Descripción de Beneficios	Usted paga
Hospital para el paciente Interno	
<p>Cuarto y alimentación, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala, semi-privada, facilidades de cuidado intensivo • Cuidado general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>Nota: Nosotros solamente cubrimos un cuarto privado cuando usted deba estar aislado para evitar contagio. De otra manera, nosotros pagaremos el cargo promedio de hospital para facilidades semi-privadas. Si el hospital solamente tiene cuartos privados, nosotros basamos nuestro pago en el costo semi-privado promedio del hospital más comparable en el área.</p> <p>Nota: Cuando el hospital PPS factura a tarifa fija, nosotros prorrateamos los cargos para determinar cómo pagarlos, como sigue: 30% cuarto y alimentación y 70% otros cargos.</p>	<p>PDS: Nada después de \$25 por co-pago de admisión</p> <p>PPS Panamá: \$100 por admisión, luego 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: \$100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos</p> <p>Nota: Cuando usted elija la opción PDS y es re-admitido a un hospital participante con el mismo diagnóstico dentro de 30 días de haber sido dado de alta, nosotros renunciaremos al co-pago de \$25 para la re-admisión</p>
<p>Otros servicios y suministros de hospital, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuartos de operación, recobro, maternidad y otros cuartos de tratamiento • Medicamentos y medicinas recetadas • Pruebas de laboratorio diagnósticos y rayos X • Sangre o plasma de sangre, si no es donada o reemplazada 	<p>PDS: Nada después de \$25 por co-pago de admisión</p> <p>PPS Panamá: \$100 por admisión, luego 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: \$100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos</p>

Descripción de Beneficios	Usted paga
<p>Hospital para el paciente Interno (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de vendajes, entablillados, enyesados, y bandeja de esterilización Suministros y equipo médicos, incluyendo oxígeno Anestesia, incluyendo servicios anestésicos de enfermería Artículos para llevar a casa Suministros médicos, artefactos médicos, y cualesquiera artículos cubiertos facturados por un hospital para uso en casa. <p>Nota: Nosotros basamos el pago en ya sea que las facturas de cuidado profesional de salud o el centro por los servicios o suministros. Por ejemplo, cuando servicios o suministros. Por ejemplo, cuando las facturas del hospital por sus servicios anestésicos de enfermería, nosotros pagamos beneficios de Hospital y cuando el anesthesiólogo factura, nosotros pagamos beneficios de cirugía.</p> <p>Nota: Cuando usted elija la opción PDS y es re-admitido a un hospital participante con el mismo diagnóstico dentro de 30 días de haber sido dado de alta, nosotros renunciaremos al co-pago de \$25 para la re-admisión.</p>	<p>PDS: Nada después de \$25 por co-pago de admisión</p> <p>PPS Panamá: \$100 por admisión, luego 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: \$100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cualquier parte de una admisión de hospital que no es médicamente necesaria (ver definición), tal según cuando usted no necesita cuidado hospitalario agudo de paciente interno (nocturno), pero usted recibe cuidado en algún otro marco sin afectar adversamente su condición o la calidad de su cuidado médico. Nota: En este caso, nosotros pagamos beneficios y suministros que no sean cuarto y alimentación y cuidado médico en el hospital al nivel que ellos hubiesen sido cubiertos si son provistos en un marco alternativo. Cuidado de custodia; ver definición Centros no cubiertos, tales como asilos, escuelas. Artículos de comodidad personal, tales como teléfono, televisión, servicios de barbería, camas y comidas de huésped Cuidado privado de enfermería 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Hospital para el Paciente Externo o centro quirúrgico ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuarto de cirugía, recobro y de otros tratamientos Drogas y medicamentos por receta Pruebas de laboratorio para diagnósticos, Rayos X, y servicios de patología Administración de sangre, plasma y otras sustancias biológicas Sangre y plasma, si no fue donada o reemplazada Pruebas pre-operatorias. Servicios de vendajes, enyesadura y bandeja estéril Suministros médicos, incluyendo oxígeno Servicio de anestésicos y anestesia 	<p>PDS: \$25 copago al centro por cirugías en sala de operaciones y nada por otros servicios</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>

Hospital para el Paciente Externo o centro quirúrgico ambulatorio - continúa en la próxima página

Descripción de Beneficios	Usted paga
Hospital para el Paciente Externo o centro quirúrgico ambulatorio (cont.)	
<p>Nota: – Nosotros cubrimos servicios y suministros hospitalarios con respecto a procedimientos dentales cuando se necesiten por un defecto físico no dental. Nosotros no cubrimos procedimientos dentales.</p>	<p>PDS: \$25 copago al centro por cirugías en sala de operaciones y nada por otros servicios</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
Beneficios de cuidado extendido/Beneficios de centro de enfermería especializada	
<p><i>Centro de Enfermería Especializada (SNF): Nosotros cubrimos cuarto semi-privado, alimentación, servicios y suministros en un SNF hasta por 60 días por reclusión cuando:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Usted es admitido directamente de una estadía en hospital pre-certificada de por lo menos 3 días consecutivos; y 2) Usted es admitido por la misma condición que la de la estadía en el hospital; y 3) Su cuidado de enfermería especializada es proporcionado por un R.N., L.P.N., o L.V.N.; y 4) El cuidado SNF es médicamente adecuado 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50 % de Tarifa PDS panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
<p>Beneficio de cuidado extendido: Cuidado Sub-agudo: Nosotros cubrimos cuarto, alimentación, y servicios de enfermería en general, en un hospital o centro de ciudad sub-agudo, cuando determinamos que es elegible para este cuidado de hospital menos agudo</p>	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS: No es un beneficio elegible fuera de la red PDS</p>
<p><i>No cubierto: Cuidado de Custodia</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cuidado de Hospicio	
<p>Hospicio es un programa coordinado de mantenimiento y cuidado de apoyo para los enfermos desahuciados proporcionado por un equipo supervisado médicamente bajo la dirección de una administración de hospicio independiente aprobada por el Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nosotros pagamos \$5000 por el curso de la vida 	<p>PDS: Nada hasta el máximo vitalicio de \$5000. Todo gasto después del máximo de \$5000</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la Tarifa PDS y la cantidad facturada. Usted paga todos los cargos después del beneficio máximo por el curso de la vida de \$5000</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US entre nuestra asignación y la cantidad facturada. Usted paga todos los cargos después del beneficio máximo de \$5000 por el curso de la vida</p>
<p><i>No cubierto: Enfermería independiente, servicios domésticos</i></p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de Beneficios	Usted paga
<p>Ambulancia (no urgente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de ambulancia profesional cuando médicamente adecuado • Bajo la opción PDS, nosotros pagamos un máximo de \$100 por incidente para servicio de ambulancia dentro de la provincia que resulte del traslado entre los centros médicos o centro médico y el hogar del paciente. • Bajo la opción PDS, nosotros pagamos un máximo de \$200 por incidente para servicio de ambulancia entre provincia que resulte del traslado entre los centros médicos o el centro médico y el hogar del paciente. • Bajo la opción PPS, nosotros pagamos un máximo de \$100 por incidente que resulte del traslado entre los centros médicos o el centro médico y el hogar del paciente • Requerimos que usted solicite la pre autorización para el uso de una ambulancia, en caso de no ser una situación urgente. <p>Nota: Bajo los beneficios PPS, nosotros no hacemos distinción entre el uso de ambulancia dentro de o entre provincia. El beneficio máximo PPS es \$100.</p>	<p>PDS: Nada. Todos los cargos después del máximo de \$100 por uso de ambulancia dentro de la provincia y \$200 por uso de ambulancia entre provincia</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la Tarifa PDS y la cantidad facturada. Todos los cargos después del máximo de \$100</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. Todos los cargos después del máximo de \$100</p>

Sección 5(d). Servicios de urgencia/accidentes

Puntos de importancia que usted debe considerar acerca de estos beneficios:

- Favor de recordar que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este panfleto y son pagaderos solo cuando nosotros determinamos que son médicamente necesarios.
- Favor de recordar que nosotros requerimos tanto de los miembros del Plan PPS y PDS pre-certificar todas las admisiones para evaluar *la necesidad médica de sus admisiones propuestas y el número de días en el hospital que necesitaría.*
- Los servicios de urgencia y accidentes listados abajo no están sujetos al máximo para el paciente externo PPS
- Los beneficios PPS son los beneficios estándares de este Plan. Los beneficios PDS aplican solo cuando usa un proveedor PDS. Cuando no hay un proveedor PDS disponible, los beneficios PPS aplican. Bajo los beneficios PPS, Usted debe asumir todos los cargos que exceden a nuestros cargos permitidos.
- Si usted tiene una admisión de urgencia debido a una condición que usted razonablemente cree pone a su vida en peligro o puede causar daño severo a su función corporal, usted, su representante, el doctor o el hospital debe telefonarnos dentro de los siguientes dos día hábiles siguientes al día de la admisión urgente, aun cuando usted haya sido dado de alta del hospital.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para información valiosa acerca de como trabajar el costo compartido, con secciones especiales para miembros que tienen 65 años o más. También lea la Sección 9 acerca de coordinar beneficios con otra cobertura, incluyendo Medicare.

¿Qué es una lesión accidental?

Una lesión accidental es una lesión corporal sufrida únicamente debido a medios violentos, externos y accidentales, tales como huesos rotos, mordidas de animales y envenenamiento. Cubrimos servicios dentales por lesiones imprevistas o accidentales en un 80% de la asignación del Plan, hasta un máximo de \$250 (por incidente).

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Lesión accidental</p> <p>Si usted recibe cuidados por su lesión accidental dentro de 72 horas, nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico y suministros • Servicios de hospital para el paciente externo relacionados <p>Nota: Nosotros pagamos beneficios de Hospital si usted es admitido</p>	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de tarifas PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
<p>Si usted recibe cuidado por su lesión accidental después de 72 horas, nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos y suministros • Cuidado de cirugía <p>Nota: Nosotros pagamos beneficios hospitalarios si usted es admitido</p>	<p>PDS: \$5 de copago por visita a oficina o visita al cuarto de urgencia.</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de tarifas PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Ambulancia (cont.)	
<p>Ambulancia Aérea</p> <p>En ciertas situaciones de extrema urgencia nosotros pagamos servicios de ambulancia aérea para transferir un miembro de Panamá ya sea de las áreas del interior de la República de Panamá a la ciudad de Panamá o de Panamá a los Estados Unidos si usted requiere un cuidado que nosotros determinamos no puede ser proporcionado adecuadamente en la República de Panamá.</p>	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de tarifas PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: No es un beneficio elegible</p>

Sección 5(e). Beneficios para Salud Mental y abuso de sustancia

Usted necesita obtener la aprobación del Plan (pre-autorización) para los servicios y seguir un plan de tratamiento que aprobemos a fin de obtener beneficios. Cuando usted recibe servicios como parte de un plan de tratamiento aprobado, la participación en los costos compartidos y las limitaciones del plan para los beneficios relacionados con salud mental y abuso de sustancia no son mayores que para beneficios similares a los de otras enfermedades y condiciones.

Puntos de importancia que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este panfleto y son pagaderos solo cuando se determina que son médicamente necesarios.
- Los co-pagos del paciente externo y paciente interno aplican a casi todos los beneficios en esta Sección.
- Los beneficios PPS son los beneficios estándares de este Plan. Los beneficios PDS aplican solo cuando usa un proveedor PDS. Cuando no hay un proveedor PDS disponible, los beneficios PPS aplican. Bajo los beneficios PPS, Usted debe asumir todos los cargos que exceden a nuestros cargos permitidos.
- Si usted es un miembro PPS, casi todos los beneficios de pacientes externos son aplicados a un máximo para el paciente externo de \$650 bajo la opción de Individual y \$1,500 bajo la opción de individuo y familia. Hemos agregado "sin un máximo para el paciente externo" entre paréntesis para mostrar cuando el máximo para pacientes externos en un año calendario no aplica.
- Esté seguro de leer la Sección 4, Sus costos por los servicios cubiertos, para información valiosa acerca de como trabajo el costo compartido. También lea la Sección 9 acerca de como coordinar beneficios con otras coberturas, incluyendo medicare.
- **USTED DEBE OBTENER PREAUTORIZACIÓN PARA ESTOS SERVICIOS.** Ver las instrucciones de las descripciones de los beneficios abajo.

Descripción de Beneficios	Usted Paga
Servicios Profesionales	
<p>Cubrimos los servicios profesionales prestados por profesionales con licencia que tratan la salud mental y el abuso de sustancia cuando actúan dentro del marco de su licencia, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos.</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, trastornos mentales. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación diagnóstica • Intervención durante crisis y estabilización durante episodios graves. • Evaluación y gestión de los medicamentos (tratamiento farmacológico) • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas necesarias para determinar el tratamiento psiquiátrico apropiado. • Tratamiento y asesoramiento (incluyendo terapias individuales o de grupo) • Diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y el abuso de droga, incluyendo desintoxicación tratamiento y asesoramiento. • Cargos y honorarios profesionales para tratamientos ambulatorios en el consultorio u oficina de un proveedor u otro establecimiento o entorno profesional. • Terapia electroconvulsiva 	<p>Sus responsabilidades por el costo compartido no son mayores que por otras enfermedades o condiciones.</p> <p>PDS: \$5 de co-pago por visita</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US (ver página 73 describiendo como derivamos nuestra asignación PPS US) y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>

Descripción de Beneficios	Usted Paga
Servicios Profesionales (cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> • Visita del médico a pacientes internos en el hospital 	<p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: Nada hasta \$35 por médico por día, y todos los cargos de allí en adelante.</p> <p>PPS US: Nada hasta \$35 por médico y por día, y todos los cargos de allí en adelante.</p> <p>(sin un máximo para el paciente externo)</p>
Diagnósticos	
<ul style="list-style-type: none"> • Las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un licenciado en salud mental y médico de abuso de sustancias. • Las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un laboratorio, hospital u otras facilidades participantes. • Pruebas de diagnóstico para pacientes hospitalizados proporcionados y facturados por un hospital u otras facilidades participantes. 	<p>Sus responsabilidades por el costo compartido no son mayores que por otras enfermedades o condiciones.</p> <p>PDS: Nada</p> <p>PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US (ver página 73 describiendo como derivamos nuestra asignación PPS US) y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>
Hospital para el paciente interno y otros establecimientos cubiertos	
<p>Los servicios relacionados con los pacientes internos son suministrados y facturados por un hospital y otro establecimiento cubierto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y comida, como habitaciones semiprivadas o intensivos, cuidados de enfermería en general, comidas y dietas especiales, y otros servicios hospitalarios. 	<p>Sus responsabilidades por el costo compartido no son mayores que por otras enfermedades o condiciones.</p> <p>PDS: \$25 por copago de ingreso</p> <p>PPS Panamá: 50% del monto listado en la Tarifa PDS Panamá y cualquier diferencia entre la lista de Tarifas PDS y la cantidad facturada.</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US (ver página 73 describiendo como derivamos nuestra asignación PPS US) y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</p> <p>(sin un máximo para el paciente externo)</p>

Sección 5(f). Beneficios para Medicamentos Recetados

Cosas importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Nosotros cubrimos drogas y medicamentos (y sus equivalentes) recetados, aprobados por la FDA, según descrito en la gráfica de abajo.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este panfleto y son pagaderos cuando nosotros determinamos que son médicamente necesarios.
- Este seguro de leer la Sección 4, *sus costos por servicios cubiertos*, para información valiosa acerca de como trabaja el costo compartido, con secciones especiales para miembros que tienen 65 años o más. También lea la Sección 9 acerca de la coordinación de los beneficios con otra cobertura, incluyendo con Medicare.

Existen características importantes que usted debe tomar en cuenta. Estas incluyen:

- **Quién puede escribir sus recetas?** Un médico o dentista autorizado deben escribir la receta
- **Donde las puede obtener.** Usted puede llenar su receta en cualquier farmacia
- **Como presentar sus reclamos para medicamentos recetadas:** Los reclamos para drogas y medicamentos recetadas deben incluir los recibos que incluyan el nombre del paciente, número de la receta, nombre del medicamento, nombre del doctor que la receta, fecha y cargo.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos	
<p>Usted puede adquirir los siguientes medicamentos y suministros prescritos por un médico en una farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drogas y medicamentos (incluyendo aquellas durante una admisión no cubierta o en un centro no cubierto) que la ley federal de los Estados Unidos requiera una receta médica para su compra, excepto aquellas listadas como <i>No cubierto</i> • Insulina • Agujas y jeringas para la administración de los medicamentos cubiertos • Medicamentos y aparatos recetados aprobados por la FDA para el control de la natalidad <p>NOTA: Cubrimos medicamentos para diabetes que son parte del formulario del Programa para el Manejo de la Enfermedad de la Diabetes al 100%. Aplican beneficios regulares para otros medicamentos para la diabetes.</p>	<p>PDS: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos</p> <p>PPS Panamá: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos</p> <p>PPS US: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos</p> <p>NOTA: Co-aseguro por medicamentos recetados serán considerados para un límite anual de gastos de bolsillo de \$5000 por medicamentos (para inscripciones Individual y Individuo y Familia).</p>
<p>Los medicamentos aprobados por la FDA y el Plan para el tratamiento del cáncer, la anemia a plástica, la anemia falciforme, los medicamentos inhaladores de base para el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el síndrome de mielodisplasia.</p>	<p>Nada</p>

Medicamentos y suministros cubiertos - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	
<p>Nota: Se requiere una pre-autorización para los medicamentos que tratan el cáncer, la anemia aplásica, la anemia falciforme y el síndrome de mielodisplasia</p>	Nada
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos y suministros para propósitos cosméticos</i> • <i>Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios aun cuando un médico los recete o administre</i> • <i>Medicinas no recetadas</i> • <i>Suministros médicos tales como vendajes y antisépticos</i> • <i>Medicamentos no aprobados por la FDA o no equivalentes a los de la FDA.</i> <p>Nota: Los medicamentos aprobados por la FDA para tratar el tabaquismo están cubiertos bajo el beneficio de la cesación del Tabaco. (ver página 33).</p>	<i>Todos los cargos</i>

Nota: **¿Porqué usar medicamentos genéricos?** Los medicamentos genéricos ofrecen una manera segura y económica de llenar sus necesidades de medicamentos. El nombre genérico de un medicamento es su nombre químico; el nombre de la marca es el nombre bajo el cual el fabricante anuncia y vende un medicamento. Bajo la ley federal, los nombres genéricos y de marca deben llenar los mismos estándares de seguridad pureza, fuerza y efectividad. Una receta genérica le cuesta a usted – y a nosotros – menos que la receta de un nombre de marca.

Sección 5(g). Beneficios dentales

Cosas importantes que debe considerar acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este panfleto y son pagaderos solo cuando nosotros determinamos que ellos son médicamente necesarios.
- Si usted está inscrito en un Plan Dental de un Programa de Seguro Dental/Visión para Empleados Federal (FEDVIP), su Plan FEHB será el Pagador Primero/Primario por cualesquiera pagos de Beneficio y su Plan FEDVIP es secundario a su Plan FEHB. Ver la Sección 9, Coordinando beneficios con otras coberturas.
- Asegúrese de leer la Sección 4, Sus costos por servicios cubiertos, para información valiosa acerca de como trabaja el costo compartido, con secciones especiales para miembros que tienen 65 años o más. También lea la Sección 9 acerca de coordinar los beneficios con otras coberturas, incluyendo Medicare.
- Note: Nosotros cubrimos hospitalización por procedimientos dentales solo cuando existe un impedimento no dental que hace la hospitalización necesaria para salvaguardar la salud del paciente. Nosotros no cubrimos procedimiento dental. Ver la Sección 5(c) para los beneficios de hospital para los pacientes

Beneficio por lesión accidental	Usted Paga	
Beneficio por lesión accidental		
Nosotros cubrimos servicios y suministros restaurativos necesarios para prontamente reparar (pero no reemplazar) dientes naturales sanos. La necesidad de estos servicios debe ser resultado de una lesión accidental.	Nosotros pagamos 80% de nuestra asignación del Plan hasta un máximo de \$250 (por incidente) para trabajo dental cubierto como resultado de una lesión accidental que usted incurra dentro de 52 semanas después del accidente. Usted paga todos los cargos sobre \$250.	
Beneficios dentales	Servicio	
Visitas a oficinas		
Visitas a oficinas para cuidado preventivo. Mantenimiento de profilaxis oral o periodontal limitado a dos visitas por año calendario.	\$20 por visita	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Cirugía Dental		
Extracción de dientes impactados incluyendo Rayos X	\$100	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Apicoectomía	\$85	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Lancear dientes que brotan	\$70	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda

Beneficios dentales	Servicio	
Periodoncia		
<p>Descamación periodontal y planificación de raíz</p> <p>Nota: Con anterioridad al tratamiento, usted debe presentar un formulario completado de Estimado PRE-Tratamiento dental para obtener aprobación de los beneficios para el trabajo que será efectuado. Si no se obtiene la aprobación, nosotros limitaremos los beneficios a 50% del plan de tarifa.</p>	\$60 por cuadrante	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Endodoncia		
<p>Tratamiento del canal de la raíz, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • drenaje de abscesos intra-oral • devitalización • remoción de la pulpa • relleno del canal de la raíz (limitado a 4 canales) <p>Nota: Con anterioridad al tratamiento, usted debe presentar un formulario completado de Estimado PRE-Tratamiento dental para obtener aprobación de los beneficios para el trabajo que será efectuado. Si no se obtiene la aprobación, nosotros limitaremos los beneficios a 50% del plan de tarifa.</p> <p>Nota: La lista de precios aprobados para Endodoncia incluye rayos x. No hay asignación adicional para rayos x.</p>	<p>\$120 por un canal</p> <p>\$150 por dos canales</p> <p>\$180 por tres canales</p> <p>\$210 por cuatro canales</p>	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Lo que no está cubierto		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Realineación de los dientes (ortodoncia) o tratamiento para propósitos cosméticos</i> • <i>Reparación de cavidades</i> • <i>Reparación o reemplazo de dientes excepto como cubierto anteriormente</i> • <i>Incidentes de masticación</i> • <i>Extracciones de dientes no especificado según cubierto anteriormente</i> • <i>Rayos X (la lista de precios incluye los rayos x)</i> • <i>Cirugía dental que no sean aquellas específicamente descritas anteriormente</i> • <i>Cirugía dental, aplicaciones y ajuste de oclusión debido al síndrome de articulación temporomandibular (TMJ)</i> 	Nada	Todos los cargos

Sección 6. Exclusiones generales - cosas que no cubrimos

Las exclusiones en esta sección aplican a todos los beneficios. Puede haber otras exclusiones y limitaciones listadas en la Sección 5 de este panfleto. Aunque listemos un servicio específico como un beneficio, no lo cubriremos a menos que nosotros determinemos que es médicamente necesario para prevenir, diagnosticar o tratar su dolencia, enfermedad, lesión o condición. Para información cerca de obtener aprobación anticipada por servicios específicos, como los trasplantes, (ver la sección 3 *Para ciertos servicios usted requiere autorización previa del Plan*).

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suministros que usted reciba mientras no está inscrito en este Plan.
- Servicios, medicamentos o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Servicios, medicamentos o suministros no requeridos de acuerdo con los estándares de la práctica médica, dental o psiquiátrica.
- Procedimientos, tratamientos, drogas o aparatos experimentales o de investigación (ver las especificaciones respecto a trasplantes).
- Servicios, medicamentos o suministros respecto a abortos, excepto cuando la vida de la madre puede estar en peligro si el feto es llevado hasta su término, o cuando el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto.
- Servicios, medicamentos o suministros respecto a transformaciones de sexo, disfunción sexual o inadecuación sexual.
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba de un proveedor o centro prohibido por el Programa FEHB.
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba sin cargos mientras en servicio militar activo.
- Servicios o suministros para los cuales no hubiese cargos si la persona cubierta no tuviese cobertura de seguro médico.
- Servicios o suministros proveídos por parientes cercanos o miembros de la familia, tales como cónyuge, padres, hijos, hermanos o hermanas de sangre, por matrimonio o por adopción.
- Servicios o suministros proveídos o facturados por un centro no cubierto, pero aquellos que son clínicamente necesarios o que se relacionan con medicinas bajo receta médica y terapias físicas, orales o laborales brindadas por un terapeuta profesional idóneo sobre la base de paciente externo, serán cubiertos con sujeción a las limitaciones y restricciones del Plan.
- Cargos que la persona inscrita o el Plan no tienen obligación de pagar, tales como: cargos en exceso por un rentista de 65 años o mayor que no está cubierto por las partes de Medicare A y/o B (ver página 19), cargos de doctor que exceden la cantidad especificada por el Departamento de Salud y Recursos Humanos cuando los beneficios son pagaderos por Medicare (limitando cargo, ver página 20, o impuestos de prima del estado como quiera que sean aplicados).
- Cualquier porción de los honorarios o cargos de un proveedor que es ordinariamente adeudado por la persona inscrita pero ha sido renunciado. Si un proveedor rutinariamente renuncia (no requiere que la persona inscrita pague) a un deducible o co-seguro, el Plan calculará el honorario o cargo del proveedor actual reduciendo el honorario o cargo por la cantidad renunciada.
- Servicios de cuidado de enfermería privada, en o fuera del hospital.
- Gastos en la medida que excedan la asignación del Plan por servicios o suministros.
- Control de peso o cualquier tratamiento por obesidad, excepto cirugía por obesidad mórbida.
- Cualquier centro no incluido en la definición de hospital o clínica.
- Servicios de cualquier practicante no incluido en la definición de proveedor cubierto, con la excepción de terapeuta físico, del habla u ocupacional.
- Refracciones del ojo, espejuelos o lentes de contacto.
- Los costos de atención adicionales relacionados con la participación en una prueba clínica, como los son exámenes adicionales que un paciente pueda necesitar como parte de una prueba o ensayo, pero que nos son parte de los cuidados rutinarios que recibe el paciente.

- Costos de investigación para realizar el ensayo o prueba clínica, tales como el tiempo consagrado o invertido por el médico investigador y la enferme, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas para fines investigativos.

Procedimientos para reclamos post servicio

Nosotros le notificaremos nuestra decisión dentro de 30 días después de que recibamos su reclamo posterior al servicio. Si ocurriesen eventos fuera de nuestro control que nos obligara a extender dicho plazo, podremos tomar 15 días adicionales para revisar el caso y le notificaremos antes de vencer el plazo original de 30 días. Nuestra notificación incluirá el por qué de la extensión y la fecha en que daremos nuestra decisión.

Si necesitamos una extensión porque no hemos recibido de usted la información necesaria, nuestro aviso indicará la información específica necesaria y le permitirá hasta 60 días desde la recepción de la notificación para proporcionar la información.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, puede pedirnos la revisión siguiendo el proceso de reclamos disputados el cual esta detallado en la sección 8 de este panfleto).

Registros

Mantenga un registro separado de los gastos médicos por cada miembro de la familia cubierto ya que una asignación máxima aplica por separado a cada persona. Guarde copias de todas las facturas médicas. En la mayoría de las veces servirán como evidencia de su reclamo. Nosotros no proporcionaremos duplicado o estados al final del año.

Límite de tiempo para presentar su reclamo

Envíenos todos los documentos para su reclamo lo más pronto posible. Usted debe entregar el reclamo antes de Diciembre 31 del año después de que ha recibido el servicio. Si no entregas el reclamo a tiempo, por operaciones administrativas del Gobierno, o de discapacidad legal, debes someter su reclamo en cuanto sea posible. Una vez que pagamos beneficios, hay un limitante de 3 años con la re impresión de cheques no cobrado.

Si el proveedor de cuidado para la salud PDS contratado presenta el reclamo por Usted, este deberá presentar el reclamo dentro de 90 días desde que los gastos por los cuales se hace el reclamo fueron incurridos. No estamos obligados a honrar un reclamo presentado por su proveedor de cuidado para la salud PDS después del periodo de 90 días.

Reclamos en el Extranjero

Por servicios cubiertos que usted recibe en hospitales fuera de los Estados Unidos, Panamá y Puerto Rico y llevados a cabo por médicos fuera de los Estados Unidos y Panamá, envíe un Formulario de Reclamo completado y las facturas detalladas al Plan de Beneficio del Área del Canal a AXA Assistance, PO Box 31-0940, Miami, FL. 33231-0940. Usted también puede obtener Formularios de Reclamo de la misma dirección. Si tienes preguntas sobre el procesamiento de reclamos en el extranjero, contáctanos al 1-800-424-8196 o al 312-935-3671 en los EE.UU.

Cuando necesitamos más información

Favor de contestar prontamente cuando le pedimos información adicional. Nosotros podremos retardar el procesamiento o negar los beneficios de sus reclamos si no nos contesta. Nuestra fecha límite para responder a su solicitud se suspende mientras esperamos toda la información adicional necesaria para procesar su reclamo.

Representante Autorizado

Usted podrá designar a un representante autorizado que actúe en su nombre para presentar un reclamo o para apelar las decisiones de las reclamaciones ante nosotros. Para los reclamos de atención urgente, se le permitirá a un profesional de la salud con el conocimiento de su condición médica actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. A los efectos de esta sección, también estamos haciendo referencia a su representante autorizado, cuando nos referimos a usted.

Sección 8. El proceso de reclamo disputado

Puede ser que usted se califica para apelar directamente a la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos (OPM) si no seguimos los procedimientos requeridos para los reclamos. Para mas información sobre situaciones in las cuales tienes derecho a apelar de inmediato a OPM, incluyendo requerimientos adicionales no listados en las secciones 3, 7 y 8 de este panfleto, favor visitar a www.axa-assistance.com.pa.

Sírvase seguir el proceso para impugnar u objetar sobre un reclamo relacionado con este Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamo post servicio (un servicio donde los servicios, medicamentos, o suministros ya han sido suministrados). En la seccion 3 *si no esta de acuerdo con nuestra decision respecto a los reclamos de pre-servicio*, aquí le describimos el proceso que necesitas seguir si tienes un reclamo para servicios, referencias, medicamentos, o suministros que deben tener pre-aprobacion por el Plan, por ejemplo la admisión de pacientes para hospitalización.

Para ayudarle a preparar su apelación, usted puede coordinar con nosotros para que revisemos y copiemos, sin costo, todos los materiales y documentos pertinentes del Plan bajo nuestro control en relación con su reclamación, incluyendo todo aquello relacionado con la revisión de su reclamo por parte de un experto u expertos.

Paso	Descripción
1	<p>Pregúntenos por escrito reconsiderar nuestra decisión inicial. Usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Escribirnos dentro de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión; y(b) Enviar su solicitud a nosotros al Plan de Beneficio del Area del Canal de Panamá en AXA Assistance, PO Box 31-0940, Miami, FL. 33231-0940. Si usted reside en la República de Panamá, favor de presentar su reclamo disputado al Plan de Beneficio del Area del Canal de Panamá a AXA Assistance, Vía España, Edificio P.H. Plaza Comercial San Fernando, Planta Baja, Locales No. 1 y 2, Corregimiento de Pueblo Nuevo. Ciudad de Panamá, República de Panamá.(c) Incluya una declaración acerca de por que usted cree que nuestra decisión inicial fue errónea, basado en disposiciones de beneficio especificadas en este panfleto; y(d) Incluya copias de documentos que apoyen su reclamo, tales como cartas de médicos, informes operativos, facturas, registros médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB).(e) Incluya su dirección de correo electrónico (opcional para un miembro), si desea recibir nuestra decisión vía email. Nótese que al darnos su dirección email, podría recibir nuestra decisión de forma más rápida. <p>Nosotros le vamos a suministrar sin costo y en tiempo propicio, cualquiera evidencia nueva o base lógica adicional que se necesita o que sea generada por nosotros o por orden nuestra y que es relacionado con su reclamo y cualquier nuevo argumento para la decisión respecto a su reclamo. Esta información será entregada con tiempo anticipado a la fecha en que debemos entregar nuestra reconsideración para permitirle una oportunidad para respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si fallamos en entregarle nueva evidencia o bases lógicas con suficiente tiempo esto no invalidara nuestra decisión de reconsideración. Usted podrá responder a la evidencia nueva o base lógica al OPM en la etapa de revisión descrita en el paso 4.</p>
2	<p>En caso de un reclamo post servicio, nosotros tenemos 30 día hábiles desde la fecha que recibimos su solicitud para:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Pagar el reclamo(b) Escribirle y mantener nuestra negación o(c) Pedir más información a usted o a su proveedor <p>Usted o su proveedor deben enviar la información dentro de 60 días, nosotros entonces decidiremos dentro de 30 días más.</p>

Si nosotros no recibimos la información dentro de 60 días nosotros decidiremos dentro de 30 días de la fecha en que la información llegó a su expiración . Nosotros basaremos nuestra decisión en la información que ya tenemos. Le escribiremos nuestra decisión.

3

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

Usted debe escribir a OPM dentro de:

- 90 días después de la fecha de nuestra carta manteniendo nuestra decisión inicial; o
- 120 después que usted primeramente nos escribió - si nosotros no contestamos esa solicitud de alguna forma dentro de 30 días;
- 120 días después que le pedimos información adicional.

Escriba a OPM a: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, Health Insurance II, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3620.

Envíe a OPM la siguiente información:

- Una declaración acerca de por que usted cree que nuestra decisión fue errónea, basado en disposiciones de beneficio especificadas en este panfleto;
- Copias de los documentos que apoyan su reclamo, tales como cartas del médico, informes operativos, facturas, registros médicos, y formularios de la explicación de beneficios (EOB);
- Copias de todas las cartas que usted nos envió acerca del reclamo;
- Copias de todas las cartas que nosotros le enviamos acerca del reclamo; y
- Su número de teléfono diurno y la mejor hora para llamar.
- su dirección de correo electrónico, si desea recibir de la Oficina de Administración de Personal u OPM vía email. Nótese que al darnos su dirección email, podría recibir nuestra decisión de forma más rápida.

Nota: Si usted quiere que OPM revise más de un reclamo, usted debe identificar claramente que documentos aplican a cual reclamo.

Nota: Usted es la única persona quien tiene derecho a reclamar con OPM. Las partes actuando como su representante, tales como proveedores médicos, deben incluir una copia de su consentimiento escrito específico con la solicitud de revisión.

Nota: Los límites de tiempo anteriores pueden ser extendidos si usted demuestra que era incapaz de llenar la fecha límite debido a razones fuera de su control.

4

OPM revisará su reclamo disputado y usará la información que reciba de usted y nosotros para decidir si nuestra decisión es correcta. OPM le enviará una decisión final dentro de 60 días. No existen otras apelaciones administrativas.

Si usted está en desacuerdo con la decisión de OPM, su único recurso es demandar, Si usted decide demandar, usted debe presentar el juicio en contras de OPM en la corte federal al 31 de diciembre del tercer año después del año en que usted recibió los servicios, medicamentos o suministros disputados o desde el año en que se le negó la pre-certificación o aprobación previa. Esta es el único límite de tiempo que no puede ser extendido.

OPM puede revelar la información recolectada durante el proceso de revisión para apoyar su decisión del reclamo disputado. Esta información será parte del registro de la corte.

Usted no puede demandar hasta haber completado el proceso del reclamo disputado. Además, la ley federal rige su pleito, beneficios y pagos de beneficios. La corte federal basará su revisión en el registro que estaba ante la OPM cuando la OPM decidió mantener o revocar nuestra decisión. Usted puede recobrar solo la cantidad de beneficios en disputa.

Sección 9. Coordinando los beneficios con otra cobertura

Cuando usted Tiene otra cobertura

Usted debe decirnos si usted o un miembro de la familia cubierto tiene cobertura bajo cualquier otro plan de salud de grupo o tiene seguro de automóvil que paga gastos de salud sin consideración a culpa. Esto se llama “doble cobertura”.

Cuando usted tiene cobertura doble, un plan normalmente paga sus beneficios por completo como pagador primario y el otro plan paga un beneficio reducido como pagador secundario. Nosotros, como otros aseguradores, determinamos cual cobertura es primaria de acuerdo con las directrices de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro.

Cuando nosotros somos el pagador primario, nosotros pagaremos los beneficios descritos en este panfleto.

Cuando somos el pagador secundario, nosotros determinaremos nuestra asignación. Después que el plan primario paga, nosotros pagaremos lo que queda de nuestra asignación, hasta nuestro beneficio regular. Nosotros no pagaremos más de nuestra asignación.

Favor de ver la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para más información acerca de como pagamos los reclamos.

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años o más
- Algunas personas con incapacidad con menos de 65 años de edad
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (falla permanente del riñón que requiere diálisis o un transplante)

Medicare tiene cuatro partes:

- Parte A (Seguro de Hospital). La mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A. Si usted o su cónyuge trabajaron por lo menos 10 años en empleo cubierto por Medicare, usted debe poder calificar para seguro Parte A libre de prima. (Si usted era un empleado federal en cualquier momento tanto antes o durante enero de 1983, usted recibirá crédito por su empleo federal antes de enero de 1983). De lo contrario, si usted tiene 65 años o más, usted podrá comprarlo. Contacte a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048) para mayor información.
- Parte B (Seguro Médico). La mayoría de las personas pagan mensualmente por la Parte B. Generalmente, las primas de la Parte B son retenidas de su cheque de Seguro Social mensual o su cheque de pensión.
- Parte C (Medicare Advantage). Usted puede inscribirse en el plan Medicare Advantage para tener beneficios Medicare. Nosotros no ofrecemos un plan Medicare Advantage. Favor de revisar la información para coordinar beneficios con los planes Medicare Advantage en la próxima página.
- Parte D (cobertura de medicamentos recetados Medicare). Existe una prima mensual para la cobertura de la Parte D. Si usted tiene ahorros limitados y un ingreso bajo, usted puede ser elegible para los Beneficios por Ingreso Bajo de Medicare. Para personas con ingresos y recursos limitados, existe ayuda extra disponible para pagar por el plan de medicamentos recetados Medicare. La información respecto a este programa está disponible a través de la Administración de Seguro Social (SSA). Para mayor información acerca de esta ayuda extra, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov, o llámelos a 1-800-772-1213, (TTY 1-800-325-0778). Antes de inscribirse en la Parte D de Medicare, favor de revisar nuestros avisos de revelación importante acerca de la cobertura de medicamentos recetados FEHB y Medicare. El aviso se encuentra en la primera página interior de este panfleto. El aviso le dará las directrices sobre la inscripción en la Parte D de Medicare.

- **¿Debo inscribirme en Medicare?**

La decisión de inscribirse en Medicare es suya. Nosotros lo animamos a solicitar los beneficios de Medicare 3 meses antes de cumplir los 65 años. Es fácil. Solo llame a la Administración de Seguro Social al número gratis 1-800-772-1213, (TTY 1-800-325-0778) para fijar una cita para solicitarlo. Si usted no solicita una o más Partes de Medicare, usted aun estará cubierta bajo el Programa FEHB.

Si usted puede tener cobertura de la Parte A libre de prima, le aconsejamos que se inscriba en ella. La mayoría de los empleados federales y rentistas tienen derecho a la Parte A de Medicare a la edad de 65 años **sin costo**. Cuando usted no tiene que pagar primas por la Parte A de Medicare, tiene buen sentido obtener la cobertura. Ello puede reducir los desembolsos de su bolsillo al igual que los costos a FEHB, que puede ayudar a mantener bajas las primas FEHB.

A cada persona se le carga una prima por la cobertura Medicare Parte B. La Administración de Seguro Social puede proporcionarle información sobre primas y beneficios. Revise la información y decida si hace sentido para usted comprar la cobertura Parte B de Medicare. Si no se inscribe en Medicare Parte B cuando es elegible por primera vez, se le puede cobrar una multa por inscripción tardía a Medicare Parte B, en la forma de un aumento del 10% de la prima por cada 12 meses que no esté inscrito. Si usted no tomó la Parte B a los 65 años porque estaba cubierto por el FEHB como empleado activo (o estuvo cubierto bajo el plan de seguro colectivo de salud de su cónyuge y él/ella era un (a) empleado(a) activo(a)), puede inscribirse en la Parte B (generalmente sin una prima mayor), dentro de 8 meses desde el momento en que usted o su cónyuge deje de laborar o en que no estén cubiertos por el plan de grupo. También puede inscribirse en cualquier momento mientras usted esté cubierto por el plan de grupo.

Si usted es elegible para Medicare, usted tendrá opciones para como obtener su cuidado de salud. Medicare Advantage es el término usado para describir las varias opciones de planes de salud privados disponibles a los beneficiarios de Medicare. La información en las próximas páginas muestra como coordinar los beneficios de Medicare, dependiendo en si usted tiene el Plan Medicare Original o un plan Advantage Medicare privado.

(Favor de referirse a la página 19 para información acerca de cómo proporcionamos beneficios cuando usted tiene 65 años o mayor y no tiene Medicare.)

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

El Plan Medicare Original (Original Medicare) está disponible en todas partes en los Estados Unidos. Es la manera que todo el mundo usa los beneficios de Medicare y es la manera que la mayoría de las personas usan ahora sus beneficios Medicare Parte A y Parte B. Usted puede ir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepta Medicare. El plan Medicare Original paga su parte y usted paga la suya.

Todos los médicos y otros proveedores están obligados por ley a presentar sus reclamos directamente a Medicare para los miembros de Medicare Parte B, cuando Medicare es primario o principal. Esto es cierto si aceptan Medicare o no.

Cuando usted se inscribe en el Medicare Original con este Plan, usted todavía necesita seguir las reglas de este panfleto para que nosotros cubramos su cuidado.

Proceso de Reclamos cuando usted tiene el Plan Medicare Original – Usted probablemente no necesita llenar un formulario de reclamo cuando usted tiene ambos, nuestro Plan y el Plan Medicare Original.

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

- **Cobertura de medicamentos recetados (Parte D)**

Cuando nosotros somos pagadores primarios, nosotros procesamos el reclamo primeramente. Si usted se inscribe en Medicare Parte D y nosotros somos los pagadores secundarios, nosotros revisaremos los reclamos de sus costos por medicamentos recetados que no son cubiertos por la Parte D de Medicare y los consideraremos para pago bajo el plan FEHB.

Medicare siempre hace la determinación final en cuanto a si son pagaderos primarios. La siguiente gráfica ilustra si Medicare o este Plan deben ser los pagaderos primarios de usted de acuerdo a su condición de empleo y otros factores determinados por Medicare. Es importante que nos diga si usted o un miembro cubierto de su familia tiene cobertura Medicare de manera de poder administrar estos requisitos correctamente. **(Tener cobertura bajo más de dos Planes de Salud podría cambiar el orden de beneficios determinado en este cuadro).**

Gráfica de Pagador Primario		
A. Cuando usted o su cónyuge cubierto- tienen 65 años o más y tienen Medicare y usted	El pagador primario para el individuo con medicare es...	
	Medicare	Este Plan
1) Tiene cobertura FEHB por usted mismo como un empleado activo		✓
2) Tiene cobertura FEHB por usted mismo como un rentista o a través de su cónyuge quien es un rentista	✓	
3) Tiene cobertura FEHB a través de su cónyuge, quien es un empleado activo.		✓
4) Es un rentista re-empleado con el gobierno federal y su posición está excluida del FEHB (su oficina empleadora sabrá si este es el caso) y usted no está cubierto bajo el FEHB a través de su cónyuge bajo el punto #3 anterior	✓	
5) Es un rentista re-empleado con el gobierno federal y su posición no está excluida del FEHB (su oficina empleadora sabrá si este es el caso) y...		
• Usted tiene cobertura FEHB por usted mismo o a través de su cónyuge quien es un empleado activo		✓
• Usted tiene cobertura FEHB a través de su cónyuge que es un rentista	✓	
6) Es un juez federal quien se jubiló bajo el título 28,U.S.C., o un juez de la Corte de Impuesto quien se jubiló bajo la Sección 7447 del título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto es este tipo de juez) y usted no está cubierto bajo FEHB a través de su cónyuge bajo el punto #3 anterior	✓	
7) Está inscrito en la Parte B solamente, sin considerar su situación de empleo	✓ para servicios Parte B	✓ por otros Servicios
8) Es un empleado Federal recibiendo beneficios de incapacidad de la Compensación de Trabajadores durante seis meses o más	✓*	
B. Cuando usted o un miembro de su familia cubierto...		
1) Tiene Medicare solamente basado en enfermedad renal en etapa final(ESRD) y...		
• Se encuentra dentro de los 30 meses de elegibilidad para o con derecho a Medicare debido a ESRD (30-meses de periodo de coordinación)		✓
• Es más allá del periodo de coordinación de 30 meses y usted o un miembro de su familia todavía tienen derecho a Medicare debido a ESRD	✓	
2) Llega a ser elegible debido a ESRD mientras ya es un beneficiario de Medicare y		
• Este Plan es su pagador primario antes de la elegibilidad debida a ESRD (por el periodo de coordinación de 30 meses)		✓
• Medicare era el pagador primario antes de la elegibilidad debida a ESRD	✓	
3) Tiene Cobertura de Continuidad Temporal (TCC por sus siglas en inglés) y ...		
• Medicare en base a edad y discapacidad	✓	
• Medicare en base a ESRD (por el periodo de coordinación de 30 meses)		✓
• Medicare en base a ESRD (después del periodo de coordinación de 30 meses)	✓	
C. Cuando usted o un miembro de su familia cubierto es elegible para Medicare solamente debido a incapacidad y usted ...		
1) Tiene cobertura FEHB por usted mismo como un empleado activo a través de un miembro de su familia quien es un empleado activo		✓
2) Tiene cobertura FEHB por usted mismo como rentista o a través de un miembro de su familia quien es un rentista	✓	
D. Cuando usted está cubierto bajo la disposición de Equidad de Cónyuge FEHB		
	✓	

* Compensación de Trabajadores es primario para reclamos relacionados a su condición bajo Compensación de Trabajadores

TRICARE y CHAMPVA

TRICARE es el programa de salud para dependientes elegibles de personas militares y jubilados de la milicia. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA proporciona cobertura de salud a Veteranos incapacitados y sus dependientes elegibles. Si TRICARE o CHAMPVA y este Plan lo cubre, nosotros pagamos primero. Vea a su Consejero de Beneficios de Salud TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas acerca de estos programas.

Cobertura FEHB suspendida para inscribirse en TRICARE o CHAMPVA: Si usted es un rentista o ex-cónyuge, usted puede suspender su cobertura FEHB para registrarse en uno de estos programas, eliminando su prima FEHB. (OPM no contribuye a las primas de cualquier plan aplicable.) Para información sobre suspender su inscripción FEHB, contacte a su oficina de jubilación. Si más tarde desea reinscribirse en el Programa FEHB, generalmente puede hacerlo solo en la próxima Temporada Abierta a menos que involuntariamente pierda la cobertura bajo TRICARE o CHAMPVA.

Compensación de Trabajadores

Nosotros no cubrimos servicio que:

- Usted (o un miembro cubierto de su familia) necesita debido a una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo que la Oficina de los Programas de Compensación de Trabajadores (OWCP) o una agencia similar federal o estatal determina que ellos deben proporcionar; o
- OWCP o una agencia similar paga a través de un arreglo con terceros u otro procedimiento similar basado en un reclamo que usted presentó bajo OWCP o leyes similares.

Una vez que OWCP o agencia similar pague sus beneficios máximos para su tratamiento, nosotros cubriremos su cuidado.

Medicaid

Cuando usted tiene este Plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Cobertura FEHB suspendida para inscribirse en Medicaid o programa similar promovido por el Estado para asistencia médica: Si usted es un rentista o ex-cónyuge usted puede suspender su cobertura FEHB para inscribirse en uno de estos programas estatales, eliminando sus primas FEHB. Para información acerca de suspender su inscripción en FEHB, contacte a su oficina de jubilación. Si usted más tarde desea reinscribirse en el Programa FEHB, generalmente puede hacerlo en la próxima temporada abierta, a menos que usted involuntariamente perdió su cobertura bajo el programa del Estado.

Cuando otras agencias gubernamentales son responsables por su cuidado

Nosotros no cubrimos servicios y suministros cuando una agencia local, estatal o federal directa o indirectamente pagan por ellos.

Cuando otros son responsables por sus lesiones

Cuando usted recibe dinero para compensar por su cuidado médico o en hospital por lesiones o enfermedades causadas por otra persona, usted debe reembolsarnos por cualesquiera gastos que hemos pagado. Sin embargo, nosotros cubriremos el costo del tratamiento que exceda la cantidad recibida en el arreglo.

Si usted no demanda por daños, debe convenir que nosotros lo hagamos. Esto se llama subrogación. Adicionalmente, usted debe evitar hacer cualquier cosa que pueda perjudicar el derecho del Plan a subrogación, y ejecutar cualquier documento requerido para hacer valer el derecho del Plan. Si usted necesita más información, contáctenos para conocer nuestros procedimientos de subrogación.

Cuando usted tiene el Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP)

Algunos Planes FEHB ya cubren algunos servicios dentales y de visión. La cobertura FEDVIP paga en forma secundaria a esa cobertura. Cuando usted se inscribe en un plan dental y/o visión en BENEFEDS.com, a usted se le pedirá proporcionar información sobre su Plan FEHB de manera que sus planes puedan coordinar los beneficios. Proporcionar su información FEHB puede reducir su costo en efectivo.

Pruebas Clínicas

Si usted participa en una prueba clínica, este plan de salud le proporcionará la atención médica relacionada que se detalla abajo, en caso de no ser proporcionada por la prueba o el ensayo clínico:

- Costos de atención rutinaria – costos para servicios rutinarios tales como visitas al médico, exámenes de laboratorio, rayos x y realización de escáneos, hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, ya sea que el paciente esté en un ensayo clínico o esté recibiendo una terapia regular. Estos costos SÍ son cubiertos en este plan.
- Costos de atención adicionales – costos relacionados con la participación en un ensayo clínico, tales como pruebas adicionales que un paciente pueda necesitar como parte del ensayo, pero no como parte del plan regular del paciente. Este plan NO cubre estos costos.
- Costos de Investigación – costos relacionados con la realización de un ensayo clínico, tales como el tiempo invertido por el médico investigador y la enfermera, el análisis de resultados y las pruebas clínicas realizadas para fines investigativos únicamente. Estos costos son cubiertos generalmente por los ensayos clínicos y este plan NO cubre estos costos.

Sección 10. Definiciones de los términos que usamos en este panfleto

Año calendario	De enero 1 hasta diciembre 31 del mismo año. Para los nuevas personas inscritas, el año calendario comienza en la fecha de vigencia de su inscripción y termina el 31 de diciembre del mismo año.
Categorías de Costos para Pruebas Clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Costos de atención rutinarios – costos para servicios rutinario, tales como visitas al médico, exámenes de laboratorio, rayos x y realización de escaneos, y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, ya sea que el paciente esté en un ensayo clínico o esté recibiendo una terapia regular.• Costos de atención adicionales – costos relacionados con la participación en un ensayo clínico, tales como pruebas adicionales que un paciente pueda necesitar como parte del ensayo, pero no como parte del plan regular del paciente.• Costos de Investigación – costos relacionados con la realización de un ensayo clínico, tales como el tiempo invertido por el médico investigador y la enfermera, el análisis de resultados y las pruebas clínicas realizadas para fines investigativos únicamente.
Co-seguro	Co-seguro es el porcentaje de nuestra asignación que usted debe pagar por su cuidado. Usted también puede ser responsable por cantidades adicionales. Ver página 16.
Co-pago	El co-pago es una cantidad fija de dinero que usted debe pagar cuando usted recibe los servicios cubiertos. Ver página 16.
Compartimento de Costo	Compartimento de Costo es el término general usado para referirse a sus desembolsos (es decir, deducibles, co-seguro y co-pagos) por el cuidado cubierto que usted recibe.
Servicios Cubiertos	Los servicios para los cuales proporcionamos beneficios, según descrito en este panfleto.
Cuidado de custodia	Tratamientos o servicios, sin considerar quien los recomienda o donde son proporcionados, que podrían ser ofrecidos con seguridad y razonablemente por una persona no médicamente calificada, o que son diseñados mayormente para ayudar al paciente en sus actividades diarias. Estas actividades incluyen pero no están limitadas a: <ol style="list-style-type: none">1. Cuidado personal tal como ayudar a: caminar, entrar y salir de la cama; bañarse, comer con cuchara, tubo o gastrostomía, hacer ejercicios ; vestirse;2. Tareas del hogar, tal como preparar comidas o dietas especiales;3. Mover al paciente;4. Actuar como acompañante o cuidador;5. Supervisar medicamentos que usualmente pueden ser administrados por el mismo paciente; o6. Tratamientos o servicios que cualquier persona pueda ser capaz de ejecutar con instrucción mínima, incluyendo pero no limitado a tomar la temperatura, pulso, respiraciones o administrar e inspeccionar tubos de alimentación.
Deducible	Un deducible es una cantidad fija de los gastos cubiertos en que usted debe incurrir por ciertos servicios y suministros cubiertos antes que comencemos a pagar los beneficios por esos servicios. Ver página 16.
Urgencia	Ver página 48 para la definición de urgencia.
Servicios Experimentales o de investigación	Un medicamento, aparato o producto biológico es experimental o de investigación si el medicamento, aparato o producto biológico no puede ser legalmente comercializado sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) y la aprobación para la comercialización no ha sido dada al momento en que fue suministrado. La aprobación significa todas las formas de aceptación por la FDA.

Un tratamiento médico o procedimiento, o un medicamento o producto biológico es experimental o de investigación si 1) evidencia confiable muestra que está sujeto a pruebas clínicas de la fase I, II o III en progreso o bajo estudio para determinar su dosis de tolerancia máxima, su toxicidad, su seguridad, su eficacia, o sus eficacia comparada con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico; o 2) evidencia confiable muestra que el consenso de opinión entre los expertos en relación al medicamento, aparato o producto biológico o tratamiento o procedimiento médico es que estudios o pruebas clínicas adicionales son necesarias para determinar su dosis de tolerancia máxima, su toxicidad, su eficacia o su eficacia comparada con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico.

Evidencia confiable significa solo informes y artículos publicados en literatura médica y científica autoritativa; el protocolo o protocolos escritos usados por el centro de tratamiento o el protocolo(s) de otro centro que estudia sustancialmente el mismo medicamento, aparato o tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado escrito usado por el centro de tratamiento o por otro centro que estudia sustancialmente el mismo medicamento, aparato o tratamiento médico o procedimiento. Si usted desea información adicional en relación al proceso de determinación experimental / de investigación, favor de ponerse en contacto con el Plan.

Cobertura de salud de grupo

Cobertura de cuidado de la salud que un miembro es elegible debido al empleo, membresía en o conexión con, una organización particular o grupo que proporciona pagos por servicios o suministros de hospital, médicos u otros cuidado de la salud, o que paga una cantidad específica por cada día o periodo de hospitalización si la cantidad especificada excede \$200 por día, incluyendo extensión de cualesquiera de estos beneficios a través de COBRA.

Profesional de la Salud

Un médico u otro profesional de la salud que tenga licencia para ejercer, esté acreditado o certificado y sea idóneo para prestar Servicios de Salud específicos que sean consistentes y acordes con la Ley Estatal.

Necesidad médica

Servicios, medicamentos, suministros o equipo proporcionado por un hospital o proveedor cubierto que nosotros determinemos:

1. Son adecuados para diagnosticar o tratar su condición médica, enfermedad o lesión;
2. Son consistentes con los estándares de buena práctica médica en los Estados Unidos y/ o Panamá;
3. No son primordialmente para su confort o conveniencia personal,
4. No son parte de o asociados con su educación escolar o entrenamiento vocacional; y
5. En el caso de cuidado de paciente interno, no pueden ser proporcionados en base a paciente externo.

Asignación del Plan

La asignación de nuestro plan es la cantidad que usamos para determinar nuestro pago y su co-seguro por servicios cubiertos. Los planes de tarifas por servicio determinan su asignación de diferentes maneras. Nosotros determinamos nuestra asignación como sigue:

Punto de Servicio Panamá (En -red)

En la República de Panamá, nosotros determinamos nuestra cantidad en la lista de Tarifas aplicando los cargos por el cuidado de la salud que hacen los proveedores locales por servicios o suministros de salud en ausencia de seguro. Desde esta determinación hemos negociado tasas con todos los proveedores en el punto de servicio. Estas tasas negociadas son a las que nos referimos en la sección de beneficio como la lista de Tarifa PDS Panamá

Sección 11. Hechos FEHB

Información de Cobertura

- **Ninguna limitación por condición PRE-existente**

Nosotros no rehusaremos cubrir el tratamiento por una condición que usted tenía cuando se inscribió en este Plan solamente porque usted tenía la condición antes de su inscripción.

- **Donde puede conseguir Información sobre la inscripción en el Programa FEHB**

Ver www.opm.gov/insure/health para información sobre inscripción al igual que :

- Información sobre el Programa FEHB y los planes disponibles para usted.
- Una herramienta de comparación de plan de salud
- Una lista de agencias que participa en Employee Express
- Un enlace con Employee Express
- Información sobre y enlaces a otros sistemas de inscripción electrónicos

También, su oficina de empleo o retiro puede contestar sus preguntas, y darle la *Guía para Beneficios Federales*, panfletos de otros planes, y otro material que necesita para tomar una decisión informada acerca de su cobertura FEHB. Estos materiales le dicen:

- Cuando puede cambiar su inscripción
- Como puede cubrir a los miembros de su familia;
- Que sucede cuando se transfiere a otra agencia federal, se va de licencia sin pago, entra en el servicio militar o se jubila;
- Que sucede cuando su inscripción termina; y
- Cuando comienza la próxima nueva temporada abierta.

Nosotros no determinamos quien es elegible de cobertura y, en la mayoría de los casos, no podemos cambiar la situación de inscripción sin información de su oficina de empleo o jubilación. Para información sobre su deducción de prima, también debe contactar a su oficina de empleo o de jubilación.

- **Tipos de cobertura disponibles para usted y su familia**

Cobertura Individual es solo para usted. Cobertura Individuo y Familia es para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes menores de 26 años, incluyendo cualesquier hijos adoptivos que su oficina de empleo o retiro autorizó para cobertura. Bajo ciertas circunstancias usted puede continuar la cobertura para un hijo incapacitado de 26 años o mayor quien es incapaz de mantenerse por sí mismo.

Si usted tiene inscripción Individual, usted puede cambiar a inscripción Individuo y Familia si se casa, da a luz, o añade un hijo a su familia. Usted puede cambiar su inscripción 31 días antes o 60 días después del evento. La inscripción Individuo y Familia comienza el primer día del periodo de pago en que el niño nació o se convierte en un miembro elegible de la familia. Cuando usted cambia de Individual a Familiar debido a su matrimonio, el cambio es efectivo en el primer día del periodo de pago que comienza después que su oficina de empleo recibe su formulario de inscripción; los beneficios no estarán disponibles para su cónyuge hasta que usted se case.

Su oficina de empleo o jubilación **no** lo notificará cuando un miembro ya no es elegible para beneficios, ni tampoco nosotros. Favor de informarnos inmediatamente de cambios en el estatus de miembros de su familia, incluyendo su matrimonio, divorcio, anulacion, o cuando su hijo alcanza la edad de los 26 años.

Si usted o uno de los miembros de su familia está inscrito en un Plan FEHB, esa persona no puede estar inscrita en o cubierta como un miembro de familia de otro Plan FEHB.

• **Cobertura para miembros de la familia**

Los miembros de la familia que son cubiertos bajo la cobertura de Individuo y familia son cónyuge (incluyendo la ley común de matrimonio) e hijos como se detalla en la tabla abajo.

Los niños	Cobertura
Hijos naturales, adoptados, y hijastros	Los hijos naturales, adoptados, y los hijastros están cubiertos hasta su cumpleaños número 26.
Hijos de crianza	Los hijos de crianza califican para cobertura hasta que cumplan 26 años siempre y cuando usted suministra documentación de su mantenimiento regular y substancial del hijo y firme una certificación, declarando que su hijo de crianza cumple con todos los requisitos. Contacte a su departamento de recursos humanos o su oficina de empleo y jubilación para más información.
Hijos incapaces de ser autosuficientes	Los hijos incapaces de ser autosuficientes por una discapacidad mental o física que empezó antes de los 26 años califican para continuar bajo la cobertura. Contacte a su oficina de recursos humanos o su oficina de empleo y jubilación para obtener más información.
Hijos casados	Hijos casados (pero no sus conyugues o sus propios hijos) están cubiertos hasta su cumpleaños número 26.
Hijos con o que califican para seguros de vida que provee su empleador	Hijos que califican o que tienen seguros de vida que provee su empleador están cubiertos hasta que cumplan 26 años

Puedes encontrar información adicional en www.opm.gov/insure.

• **Ley de Equidad Para los hijos (Children's Equity Act)**

OPM ha implementado La Ley de Equidad para los Hijos para Beneficios de Salud de Empleados

Federales del 2000 (Federal Employees Health Benefits Children's Equity Act of 2000). Esta ley ordena que usted esté inscrito en el Programa FEHB para cobertura Individuo y Familia, si usted es un empleado sujeto a una corte u orden administrativa que le requiere proporcionar beneficios de salud para su hijo(s).

Si esta ley le aplica, usted debe inscribirse para tener cobertura Individuo y Familia en un plan de salud que proporcione beneficios completos en el área donde viven sus hijos o proporcionar documentación a su oficina de empleo que usted ha obtenido otra cobertura de beneficios de salud para sus hijos. Si usted no lo hace así, su oficina de empleo lo inscribirá involuntariamente como sigue:

- Si usted no tiene cobertura FEHB su oficina de empleo le inscribirá para cobertura de individuo y Familia en la Opción Básica del Plan de Beneficio del Servicio Blue Cross y Blue Shield.
- Si usted tiene una inscripción Individual en un plan de pago por servicio o en un HMO que sirve al área donde sus hijos viven, su oficina de empleo cambiará su inscripción a Individuo y Familia en la misma opción del mismo plan; o

- Si usted está inscrito en un HMO que no sirve al área donde sus hijos viven, su oficina de empleo cambiará su inscripción a Individuo y su Familia en la Opción Básica del Plan de Beneficio del Servicio Blue Cross y Blue Shield.

Mientras la orden de la corte/ administrativa esté en vigencia, y usted tiene por lo menos un hijo identificado en la orden quien es aun elegible bajo el Programa FEHB, usted no puede cancelar su inscripción, cambiar a Individual, o cambiar a un plan que no sirve el área en donde sus hijos viven a menos que proporcione documentación que usted tiene otra cobertura para los niños. Si la orden de la corte/ administrativa está aun en vigencia cuando usted se jubile, y usted tiene por lo menos un niño todavía elegible de cobertura FEHB, usted debe continuar con su cobertura FEHB en su jubilación (si elegible) y no puede cancelar su cobertura, cambiar a Individual, o cambiar a un plan que no sirve el área donde viven sus hijos mientras la orden de la corte/individual esté vigente. Contacte a su oficina de empleo para mayor información.

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

Los beneficios en este panfleto están vigentes el 1 de enero. Si usted se une a este Plan durante la Temporada Abierta, su cobertura comienza el primer día que su primer periodo de pago comienza en o después de enero 1. **Su usted cambia de planes u opciones de planes durante la Temporada Abierta y usted recibió cuidados entre enero 1 y la fecha efectiva de cobertura bajo su nuevo plan u opción, sus reclamos serán pagados de acuerdo a los beneficios del 2012 de su antiguo plan u opción.** Sin embargo, si su plan antiguo dejó al Programa FEHB al final del año, usted está cubierta bajo los beneficios del plan de 2011, hasta la fecha de vigencia de su cobertura con el nuevo plan. Las coberturas y primas de rentistas comienzan el 1 de enero. Si usted se unió en cualquier otro momento durante el año, su oficina de empleo le informará su fecha de vigencia de la cobertura.

Si su inscripción continúa después de ya no ser elegibles para la cobertura (es decir, si usted ha salido del servicio federal) y las primas no se pagan, usted será responsable por todas las prestaciones pagadas durante el período en que las primas no se pagaron. Se le puede cobrar por los servicios recibidos directamente de su proveedor. Usted puede ser procesado por fraude por haber utilizado beneficios de seguro, a sabiendas de que usted no había saldado las primas. Es su responsabilidad saber si usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para utilizar la cobertura de su seguro de salud.

• **Cuando usted se jubila**

Cuando usted se jubila, usted puede usualmente quedarse en el programa FEHB. Generalmente, usted debe de haber estado inscrito en el Programa FEHB por los últimos cinco años de su

servicio federal. Si usted no llena este requisito, usted puede ser elegible para otras formas de cobertura, tal como Cobertura de Continuación Temporal (TCC).

Cuando pierde los beneficios

• **Cuando termina la cobertura FEHB**

Usted recibirá 31 días adicionales de cobertura, sin ninguna prima adicional, cuando:

- Su inscripción termina, a menos que usted cancele su inscripción, o
- Usted o un miembro de su familia ya no son elegibles para cobertura.

Cualquier persona cubierta bajo la extensión de cobertura de 31 días quien está confinado en un hospital u otra institución para cuidado o tratamiento en el 31er día de la extensión temporal tiene derecho a la continuación de los beneficios del Plan durante la continuación del confinamiento pero no más allá de 60 días después de la terminación de la extensión temporal de 31 días.

Usted puede ser elegible para cobertura de equidad de cónyuge o Cobertura de Continuación Temporal (TCC,) o una póliza de conversión (a una póliza individual que no sea FEHB.)

- **Al ocurrir un divorcio**

Si usted está divorciada de un empleado o rentista federal, usted no puede continuar teniendo beneficios bajo su inscripción anterior de cónyuge. Este es el caso aun cuando la corte ha ordenado a su ex-cónyuge proporcionar cobertura de salud para usted. Sin embargo, usted puede ser elegible para su propia cobertura FEHB bajo la ley de equidad de cónyuge o Continuación Temporal de Cobertura (TCC). Si usted está divorciado recientemente o está anticipando un divorcio, contacte a la oficina de jubilación o empleo de su ex-cónyuge para conseguir el RI 70-5, la *Guía para Beneficios Federales para Cobertura de Continuación Temporal y Ex-cónyuge de Persona Inscrita*, u otra información acerca de sus opciones de cobertura. Usted también puede bajar la guía del sitio Web de OPM, www.opm.gov/insure.

- **Cobertura de Continuación de Temporal (TCC)**

Si usted deja el servicio federal, o si pierde la cobertura porque ya no califica como un miembro la familia, usted puede ser elegible para Cobertura de Continuación Temporal (TCC). Por ejemplo, usted puede recibir TCC si usted no puede continuar su inscripción FEHB después de su jubilación, si pierde su trabajo federal, si usted es un hijo dependiente y cumple los 26 años Independientemente del estado civil, etc.

Usted no puede elegir TCC si fue despedido de su trabajo federal debido a mala conducta.

Inscripción en TCC. Consiga el RI 79-27, que describe TCC y el RI 70-5, la *Guía para Beneficios Federales para Cobertura de Continuación Temporal y Ex-Cónyuge de Persona Inscrita*, de su oficina de jubilación o de empleo o de www.opm.gov/insure. Le explica lo que tiene que hacer para inscribirse.

- **Convertir a Cobertura Individual**

Usted puede convertir a una póliza individual FEHB si:

- Su cobertura bajo TCC o ley de equidad de cónyuge termina (Si usted cancela su cobertura o no pagó su prima, usted no puede convertir);
- Si usted decide no recibir cobertura, bajo TCC, o la ley de equidad de cónyuge; o
- Usted no es elegible para cobertura TCC o ley de equidad de cónyuge.

Si usted deja el servicio federal, su oficina de empleo le notificará de su derecho a convertir. Usted debe solicitarlo por escrito a nosotros dentro de 31 días después de haber recibido este aviso. Sin embargo, si usted es un miembro de la familia quien está perdiendo la cobertura, la oficina de empleo o jubilación **no** le notificará. Usted debe solicitarnos por escrito dentro de 31 días después que ya no es elegible para cobertura.

Sus beneficios y tasas diferirán de aquellas bajo el Programa FEHB; sin embargo, usted no tendrá que contestar preguntas acerca de su salud, y nosotros no impondremos un periodo de espera o limitaremos su cobertura debido a condiciones PRE-existentes.

- **Para conseguir un Certificado de Cobertura de Plan de Salud de Grupo**

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) (HIPAA) es una ley federal que ofrece protecciones federales limitadas para la disponibilidad y continuidad de cobertura de salud a personas que pierden la cobertura de grupo del empleador. Si usted deja el Programa FEHB, nosotros le daremos un Certificado de Cobertura del Plan de Salud del Grupo que indica por cuando tiempo usted ha estado inscrito con nosotros. Usted puede usar

este certificado cuando obtenga un seguro de salud u otra cobertura para el cuidado de la salud. Su nuevo plan debe reducir o eliminar los periodos de espera, limitaciones o exclusiones de condiciones relacionadas con la salud en base a la información del certificado, siempre que usted se inscriba dentro de 63 días de haber perdido la cobertura dentro de este Plan. Si usted ha estado inscrito con nosotros menos de 12 meses, pero estuvo anteriormente inscrito en otros Planes FEHB, usted también puede solicitar un certificado de esos planes.

Para mayor información, obtenga el panfleto OPM RI 79-27, *Cobertura de Continuación Temporal (TCC) bajo el Programa FEHB*. Ver también el sitio Web en www.opm.gov/insure/health; refiérase a las preguntas frecuentemente hechas al “TCC” y HIPAA”. Ellas resaltan los reglamentos HIPAA, tales como el requisito que los empleados federales deben agotar cualquier elegibilidad TCC como una condición para garantizar acceso a la cobertura de salud individual bajo HIPAA, e información acerca de agencias federales y estatales que usted puede contactar para mayor información.

Sección 12. Otros Programas Federales

Información Importante sobre tres programas que complementan al de FEHB

Primero, el **Programa Federal de Cuenta de Gasto Flexible**, también conocido como FSAFEDS, por sus siglas en inglés, le permite reservar dinero libre de impuestos de su salario para reembolsarle por cuidados de dependiente y/o gastos de cuidado de salud que califican. Usted paga menos impuestos, de modo que ahorra dinero. El resultado puede ser un descuento de 20% a más de 40% en servicios / productos que Usted rutinariamente paga de su bolsillo.

Segundo, el **Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP)** por sus siglas en inglés) brinda seguro exhaustivo dental y de la visión a tarifas de grupo competitivas. Hay varios planes de donde escoger. Bajo el FEDVIP Usted puede escoger cobertura para Individual, Individuo y una persona, o Individuo y familia para Usted y cualesquiera dependientes que califican.

Tercero, el **Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (FLTCIP)** por sus siglas en inglés) puede ayudarle a cubrir gastos a largo plazo, los cuales no están cubiertos por el Programa FEHB.

El Programa Federal de Cuenta de Gasto Flexible - *FSAFEDS*

¿Qué es un FSA?

Es una cuenta a la cual Usted contribuye dinero de sus salario **ANTES** de la retención de impuestos, entonces incurre en gastos que califican y es reembolsado. Usted paga menos en impuestos, por lo tanto ahorra dinero. **Aquellas personas que reciben anualidades no califican para inscribirse.**

Existen tres tipos de FSA ofrecidos por el FSAFEDS. Cada tipo tiene una elección mínima anual de \$250 y una elección máxima anual de \$5000.

- **FSA para el Cuidado de la salud (HCFSA)** por sus siglas en inglés) – Le reembolsa gastos de cuidado de salud que califican (tales como co-pagos, deducibles, insulina, productos, drogas y medicamentos prescritos sin receta por un médico, gastos para la visión y dentales, y mucho más) para Usted y sus dependientes de acuerdo con el fisco, incluyendo hijos adultos (hasta el final del año calendario en el que cumplan 26 años de edad) que no están cubiertos o no son reembolsados por la cobertura FEHBP o del FEDVIP o cualquier otro seguro.
- **FSA para el Cuidado de la Salud de Gasto Limitado (LEX HCFSA)** por sus siglas en inglés) - Diseñado para empleados inscritos en o cubiertos por un Plan de Salud Altamente Deducible con Cuenta de Ahorros de Salud. Gastos elegibles están limitados a gastos del cuidado dental y de la visión para Usted y sus dependientes de acuerdo con el fisco, incluyendo hijos adultos (hasta el final del año calendario en el que cumplan 26 años de edad) que no están cubiertos o no son reembolsados por la cobertura FEHBP o del FEDVIP o cualquier otro seguro.
- **FSA para el Cuidado de Dependientes (DCFSA)** por sus siglas en inglés) – Le reembolsa gastos que califican por cuidado diurno **no médico** de su(s) niño(s) menores de 13 años y/o de cualquier persona que Usted reclame como dependiente en su Declaración de Impuestos Federal y que sea incapaz mental o físicamente de valerse por sí sólo. Usted (y su cónyuge, si está casado) deben estar trabajando, buscando trabajo (ingresos deben ser devengados durante el año) o asistiendo a una escuela tiempo completo para poder calificar para el DCFSA.
- Si usted es un empleado nuevo o recién elegible, tiene 60 días desde su fecha de contratación para inscribirse en el HCFSA o LEX HCFSA y/o en el DCFSA, pero debe hacerlo antes del 1 de octubre. Si usted es contratado o llega a ser elegible el 1 de octubre o después de esa fecha, usted deberá esperar e inscribirse durante la Temporada Abierta de Beneficios Federales que se realiza cada otoño.

Dónde puedo obtener más información sobre las FSAFEDS?

Visite www.FSAFEDS.com o llame a un Asesor de Beneficios FSAFEDS libre de costo al 1-877-FSAFEDS (1-877-372-3337) de lunes a viernes de 9 a.m. hasta las 9 p.m., horario del este. TTY: 1-800-952-0450.

El Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales – *FEDVIP*

Información Importante El Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP por sus siglas en inglés) es aparte y diferente del Programa FEHB y fue establecido mediante la Ley de Ampliación de los Beneficios Dentales y de la Visión para Empleados Federales del 2004. **Este programa brinda seguro dental y de la visión completo a tarifas de grupo competitivas, sin límites por condiciones preexistentes para suscribirse.**

El FEDVIP está disponible para empleados Federales y de Servicio de Correo, jubilados, y familiares que cumplen los requisitos, en base a persona inscrita - paga por todo. Las primas de los empleados son retenidas del salario antes de impuestos.

Seguro Dental

Todos los planes dentales brindan una gama completa de servicios, incluyendo:

- Servicios Clase A (Básico), que incluye exámenes de la boca, profilaxis, evaluaciones de diagnóstico, sellantes y radiografías.
- Servicios Clase B (Intermedio), que incluye procedimientos de restauración, tales como rellenos, coronas prefabricadas de acero inoxidable, eliminación del sarro periodontal, extracción de dientes y ajustes de dentaduras postizas.
- Servicios Clase C (Mayor), que incluye servicios endodónticos, servicios tales como canales de raíz, servicios periodontales tales como gingivectomía, servicios mayores restaurativos tales como coronas, cirugía de la boca, puentes y servicios prostodónticos tales como dentaduras postizas completas.
- Servicios Clase D (Ortodónticos) con un periodo de espera de hasta 24 meses para niños dependientes hasta los 19 años.

Seguro de la Visión

Todo los planes de la visión incluyen exámenes de la vista completos, y cobertura para lentes, marcos, y lentes de contacto. Otros beneficios tales como descuentos en la cirugía láser (LASIK) pueden también estar disponibles.

Información Adicional

Usted puede encontrar una comparación de los planes disponibles y sus primas en el sitio de Internet OPM en www.opm.gov/insure/vision y www.opm.gov/insure/dental. Estos sitios también brindan enlaces al sitio de Internet de cada plan, en donde Usted puede ver información detallada sobre los beneficios y proveedores preferidos.

¿Cómo me inscribo?

Usted se inscribe a través de Internet, en www.BENEFEDS.com. Para aquellas personas sin acceso a computadora, llame al 1-877-888-3337 (TTY, 1-877-889-5680).

El Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo - *FLTCIP*

Es protección Importante

El Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (FLTCIP por sus siglas en inglés) puede ayudar a pagar por el potencialmente alto costo de servicios de cuidado a largo plazo, los cuales no están cubiertos por el Plan FEHB. El cuidado a largo plazo es la ayuda que Usted recibe para realizar actividades del diario vivir, tales como bañarse o vestirse, o la supervisión que Usted recibe debido a una discapacidad cognitiva severa, tal como la enfermedad de Alzheimer. Por ejemplo, usted puede recibir cuidados de largo plazo en casa, de un asistente de servicios de salud en el hogar o en un hogar para adultos mayores. Para tener derecho a la cobertura bajo el FLTCIP Usted debe aplicar y pasar una prueba médica (llamada suscripción). Los Federales, empleados y pensionados de los servicios postales de los Estados Unidos, miembros activos, jubilados de los servicios uniformados y familiares calificados son elegibles para aplicar. Ciertas condiciones médicas, o combinaciones de condiciones, impedirán que algunas personas sean aprobadas para cobertura. Usted debe aplicar para saber si será aprobado para inscribirse. Para mayor información, llame al 1-800-LTC-FEDS (1-800-582-3337) (TTY 1-800-843-3557) o visite la página www.ltcfeds.com.

El Programa pre existente de Condiciones y Seguros (PCIP)

Conoce a alguien que necesita un seguro de salud pero no puede conseguir uno? El Plan de Seguro de Condición Pre-existente (PCIP) puede ayudar.

Una persona se califica para comprar cobeertura en PCIP si:

- El o ella tiene una condicion pre existente o ha sido negado cobertura por su condicion de salud;
- El o ella no ha tenido cobertura en los últimos seis meses.(Si la persona tiene un seguro que no cubre la condición existente o es suscrito en un grupo del estado de alto riesgo, entonces esta persona no califica para PCIP.);
- El o ella es ciudadano/a de Los Estados Unidos, o vive legalmente en Los Estados Unidos

El gobierno federal, administra PCIP en los siguientes estados: Alabama, Arizona, Distrito de Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, Dakota del Norte, Nebraska, Nevada, Carolina del Sur, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia, Virginia del Oeste y Wyoming. Para saber si calificas, visita www.pcip.gov y/o www.healthcare.gov o llamar al 1-866-717-5826 (TTY): 1-866-561-1604.

Índice

No confíe en esta página; es para su conveniencia y puede no mostrar todas las páginas en donde el término aparece

Abuso de sustancia21, 50, 51, 52, 85	Entablillados.....44	Opción de beneficio flexible57
Alogéneo.....41	Equipo médico durable.....21, 31, 32, 60	Oxígeno.....29, 31, 44, 83
Ambulancia.....21, 43, 46, 48, 49	Estudio de Cáncer Colorectal.....24	Planificación familiar21, 27
Anestesia.....5, 21, 32, 36, 42, 44	Exclusiones generales.....58	PRE-certificación...13, 15, 26, 36, 43, 52, 63
Anomalías congénitas.....36, 38	Experimental o de investigación.....72, 73	Procedimientos de esterilización...27, 36, 37, 38
anticonceptivos.....27, 36	Fecha efectiva de inscripción10, 12, 72	Proceso de reclamos disputados.....15, 61
Aprobación previa.....15, 63, 74	Fraude.....1, 3, 4, 77	Proveedores cubiertos.....10
Áreas médicamente sub-servidas10, 33	Gastos desembolsados17, 18, 20, 66	Prueba de alergia.....28
Beneficios de hospital para el paciente interno43, 44, 51, 85	Hospital ...1, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 31, 36, 38, 39, 41, 42, 4	Prueba de Papanicolaou.....24
Beneficios por Condiciones mentales/Abuso de Sustancia.....50, 52	Imágenes de Resonancia Magnética (MRIs)13, 24	Prueba de sangre oculta fecal.....24
Biopsia.....36, 38, 83	Infertilidad.....21, 27, 28	Pruebas de Colesterol.....24, 33
Cargos cubiertos17, 43, 44, 67, 84	Información de Cobertura.....2, 36, 75	Psicólogo.....50
catastrófica.....1, 17, 18	Inmunizaciones.....25, 26	Punto de Servicio (PDS).....1, 7
Cesación del Tabaco.....21, 33, 54	Insulina.....53, 83	Quimioterapia28
Cirugía...5, 10, 13, 14, 21, 26, 30, 31, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 47, 55, 56, 57, 58, 81, 84	Jeringas53	Rayos X11, 24, 43, 44, 55, 56, 71, 72
Anestesia.....5, 21, 32, 36, 42, 44	Lentes30, 58, 81	Reclamos...1, 4, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 53, 57, 60, 61, 62, 65, 66, 68, 74, 77
Cirujano Asistente.....38	Lesión accidental.....21, 22, 39, 47, 50	Reclamos en el extranjero.....61
Paciente Externo...13, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 42, 44, 45, 47, 48, 50, 52, 52, 58, 73,	Lesión ocular.....30	Sangre y plasma44
Reconstructiva.....21, 36, 38, 39	Mamografías24	Segunda opinión quirúrgica.....13, 23, 37
Cirugía maxilofacial y oral.....21, 39	Máximo desembolso por protección...17, 18	Servicios de Audición.....21, 30
Compensación de Trabajadores.....2, 70	Medicaid.....2, 70	Servicios de salud en el hogar.....81
Continuación Temporal de Cobertura.....78	Medicamento necesario...13, 15, 23, 26, 29, 36, 38, 43, 47, 50, 53, 55, 58	Servicios para la visión.....30, 70, 81
Coseguro.....67, 85	Medicamento recetado.....27, 28	Sillas de rueda.....31
Cuarto y alimentación.....17, 18, 43, 44, 85	Medicamentos y aparatos.....53	Subrogación.....70
Cuidado de enfermería en el hogar.....60	Medicare...2, 11, 13, 19, 20, 23, 36, 43, 47, 50, 53, 55, 58, 60, 65, 66, 67, 68, 69	Terapia de radiación28
Cuidado de Hospicio.....11, 21, 45	Médico...1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 29, 32, 33, 34, 35, 41, 43,	Terapias de conversación.....29
Cuidado del pie.....21, 31, 38	Miembro...2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, , 13, 15, 17, 20, 21, 23, 24, 29, 32, 35, 36, 37, 41, 43, 46, 47, 48, 51, 52,	Terapias de tratamientos.....28, 29
Cuidado dental.....18, 80, 85	Muletas.....32	Terapias físicas.....21, 29, 58
Cuidado preventivo.....21, 24, 25, 26, 35, 55		Terapias ocupacionales.....29, 60
Cuidado preventivo adulto.....21, 24, 25		Trabajador social.....10, 50, 57
Cuidado preventivo niño.....21, 26		Transplante de médula ósea (donante)...28, 40
Deducible1, 7, 16, 19, 36, 58, 67, 72, 80		Transplante de médula ósea Antóloga.....41
Definiciones...2, 23, 36, 43, 47, 50, 53, 55, 72, 84		Transplantes.....21, 28, 39, 40, 41, 58
Diálisis renal.....65, 69		Tratamiento alternativo.....33
Dispositivos ortopédicos.....31		Urgencia ...20, 21, 47, 48, 49, 52, 72, 74, 84
Dispositivos prostéticos.....31, 36		Vendajes44, 54
Enfermera5, 10, 11, 32, 52, 60, 71, 72		Visitas a Oficinas.....55
Enfermera Anestesióloga.....44		
Enfermera Práctica con Licencia.....32		
Enfermera Registrada.....11, 32, 60		
Enfermera vocacional con Licencia...32		

Resumen de beneficios para el Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá - 2012

No confíe solamente en esta tabla. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este panfleto. En esta página resumimos los gastos específicos que cubrimos; para mayor detalle, mire el contenido.

Si usted quiere inscribirse o cambiar su inscripción en este Plan, esté seguro de poner el código de inscripción correcto que se encuentra en la cubierta de su formulario de inscripción.

Bajo la opción PPS después que nosotros pagamos, usted generalmente paga cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.

Si usted es un miembro PDS y recibe cuidado médico a través de su médico de cuidado primario y otros proveedores PDS usted puede limitar sus desembolsos. Favor de referirse a la Sección 5 (beneficios) para una lista completa de los beneficios PDS y sus obligaciones de pago bajo esta opción.

Beneficios	Usted paga	Página
Servicios médicos proporcionados por médicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Diagnóstico y tratamiento proporcionados en la oficina 	PDS: \$5 de copago PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de tarifas PDS y la cantidad facturada PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre la asignación y la cantidad facturada	23
Servicios proporcionados por un hospital:		
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente interno 	PDS: Nada después de \$25 de copago por admisión PPS Panamá: \$100 por admisión, luego 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifas PDS y la cantidad facturada PPS US: \$100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos	43
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente externo 	PDS: \$25 de co-pago al centro por cirugías y nada por otros servicios PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifas PDS y la cantidad facturada PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.	44

Beneficios	Usted paga	Página
Beneficios de Urgencia		
<ul style="list-style-type: none"> • Lesión accidental (después de 72 Horas) • Urgencia médica 	<p>PDS: \$5 por copago</p> <p>PPS Panamá: 50% de la cantidad de la lista de Tarifas PDS Panamá y cualquier diferencia entre la lista de Tarifas PDS y la cantidad facturada</p> <p>PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada</p>	<p>47</p> <p>48</p>
Tratamiento por abuso de sustancia y salud mental	<p>PDS: Costo compartido regular</p> <p>PPS: Costo compartido regular</p>	50
Medicamentos recetados		
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la FDA y el Plan <p>Nota: El co-seguro para medicamentos bajo receta médica se asigna a un límite máximo de coseguro anual pagable para recetas de \$5,000.</p>	20% de los cargos elegibles	53
Cuidado dental	Todos los cargos que excedan los de la lista de precios	55
<p>Características Especiales:</p> <p>Programas de Apoyo a la Salud</p> <p>Opción de Beneficios Flexibles</p> <p>Centros de Excelencia</p>		57
<p>Protección en contra de costos catastróficos</p> <p>Después que el 50% por gastos de hospital para el paciente interno y cuarto y alimentación llegan a los \$2500 por miembro por año, nosotros pagaremos el resto de los cargos por cuarto y alimentación en hospital y otros cargos al 100%</p> <p>Nota: Este máximo se aplica únicamente a los beneficios PPS. Algunos gastos no cuentan para este máximo de protección adicional o extra.</p>	Todos los cargos que exceden nuestra cantidad autorizada	17

Información de Tasas para el Plan de Beneficio del Área del Canal de Panamá 2012

Las Tasas para Empleados que No Son del Servicio Postal aplican a la mayoría de los empleados que no son del servicio postal. Si usted está en una categoría especial de inscripción, refiérase a la *Guía para Beneficios Federales* para esa categoría o contacte la agencia que mantiene su inscripción para beneficios de salud.

Tipo de Inscripción	Código de Inscripción	Primas No Postales			
		Bisemanal		Mensual	
		Participación del Gob.	Su Participación	Participación del Gob.	Su Participación
Individual	431	\$145.91	\$ 48.64	\$316.15	\$105.38
Individuo y Familia	432	\$304.56	\$101.52	\$659.88	\$219.96