



Estás listo para inscribirte. Analicemos las opciones.

En esta guía, encontrarás lo siguiente:

- Cómo funcionan la mayoría de los planes de salud
- Preguntas frecuentes
- Detalles del plan
- Derechos y políticas de privacidad





Un plan de salud adecuado para usted

Ingresa en empireblue.com/basics para obtener más información.

EPO

Este tipo de plan te brinda una red de médicos y hospitales donde puedes recibir atención. En un plan de la **Organización de proveedores exclusivos** (EPO), por lo general, no necesitas acudir a tu médico de cabecera, también denominado médico de atención primaria, para ver a un especialista. Si visitas a un médico fuera de la red, normalmente tienes cobertura limitada.

Es posible que los planes EPO tengan normas distintas. Por lo tanto, asegúrate de consultar los detalles de tu plan.



Los médicos, hospitales y demás proveedores de atención médica que participan en tu plan han acordado cobrarles tarifas más bajas a nuestros miembros.



Preguntas frecuentes

¿Puedo mantener mi médico actual?

Sí, puedes. Sin embargo, recuerda que aprovecharás al máximo tus beneficios si eliges a un médico de tu plan. Algunos planes solo cubren servicios de médicos de tu plan, lo que significa que deberás pagar el costo total si acudes a un médico que no pertenece al plan. Otros planes cubren servicios de médicos fuera del plan, pero el plan paga la mayor parte del costo si acudes a un médico del plan. Asegúrate de consultar los detalles de tu plan.

Para saber si tu médico pertenece al plan o para buscar un nuevo médico del plan, ingresa en la herramienta *Find a Doctor* (Encontrar un médico) en empireblue.com. Puedes realizar la búsqueda por especialidad y consultar la formación, las certificaciones y las críticas de los miembros en relación con un médico. Deberás ingresar el nombre de tu plan para ver los médicos que pertenecen a tu plan. También puedes usar *Find a Doctor* (Encontrar un médico) desde tu teléfono inteligente.

¿Qué medicamentos recetados están cubiertos?

Visite www.empireblue.com/national3tierspebs para ver los medicamentos cubiertos.

Consejo: puede pagar menos si utiliza la versión genérica de un medicamento de marca de mayor precio.

Si tiene afecciones complejas o crónicas, es posible que necesite medicamentos especiales. Su cobertura incluye estos tipos de medicamentos y la ayuda que puede necesitar para tomarlos.

Para obtener más información sobre los programas farmacéuticos disponibles con su cobertura, consulte la sección Customer Care (Atención al Cliente) en empireblue.com. Luego vaya a "FAQs" (Preguntas frecuentes) > "Pharmacy" (Farmacia).

¿Cómo me inscribo?

Su empleador eligió un proceso de inscripción alternativo, en lugar de usar nuestro formulario de inscripción estándar. El administrador de beneficios o el representante de Recursos Humanos podrán proporcionarle instrucciones sobre la inscripción en el plan.

¿Cómo uso mi plan de salud si necesito recibir atención?

Después de inscribirte, recibirás la tarjeta de identificación de miembro por correo. Asegúrate de llevarla contigo cuando acudas al médico. También puedes mostrar la copia de la tarjeta que aparece en la aplicación para dispositivos móviles de Empire.

¿La atención preventiva está cubierta?

Sí, la atención preventiva de un proveedor de la red está cubierta al 100 %. Es importante que cuide su salud con chequeos regulares, incluso si se siente bien. Por eso, pregúntele a su médico qué exámenes y vacunas necesita para proteger su salud.

¿Puedo administrar mi plan y la atención médica desde empireblue.com?

Sí. Tan pronto como te conviertas en miembro, podrás registrarte en empireblue.com o en la aplicación para dispositivos móviles de Empire. El sitio está diseñado para ayudarte a administrar la atención médica y tus beneficios de manera práctica y sencilla. Muchos de nuestros miembros encuentran útiles las siguientes herramientas de autoservicio:

- Consultar reclamaciones.
- Encontrar un médico.
- Consultar el precio de un medicamento y reabastecer una receta.
- Controlar los gastos de atención médica.
- Comparar la calidad y los costos en los hospitales y otros centros
- Seleccionar la opción para recibir información por correo electrónico.

Visite empireblue.com/visitaguiada y mire un video que explica cómo puede ayudarlo nuestro sitio web.



Preguntas frecuentes (continuación)

¿Tengo beneficios de salud y bienestar con mi plan?

Sí. De hecho, contamos con una serie de herramientas y recursos que pueden ayudarte a lograr tus metas de salud. También pueden ayudarte a ahorrar dinero en productos y servicios para tu salud. Ingresa en empireblue.com y selecciona la pestaña *Health & Wellness* (Salud y bienestar). Una vez que te conviertas en miembro, podrás iniciar sesión y ver más información.

Conoce los programas de salud y bienestar que ofrece tu empleador como parte de los beneficios de tu seguro médico:

Línea de enfermería 24/7 NurseLine: — Nuestros enfermeros registrados pueden responder tus preguntas de salud donde sea que te encuentres, en cualquier momento, de día o de noche.

Programa Future Moms: Las futuras madres reciben apoyo y orientación personalizados por parte de nuestros enfermeros registrados para ayudarlas a tener un embarazo saludable, un parto seguro y un bebé sano.

Programa ConditionCare: — ecibe el apoyo adicional que puedes llegar a necesitar si tienes asma, diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia cardíaca. Un enfermero instructor puede responder las preguntas que tengas sobre tu salud y ayudarte a cumplir tus objetivos de salud en función del plan de atención médica que el médico diseñó para ti. Puedes recibir ayuda de nutricionistas, educadores de la salud, farmacéuticos y trabajadores sociales para alcanzar esos objetivos y sentirte mejor que nunca.

Programa MyHealth Advantage: — Evita los problemas de salud, mantente saludable y ahorra dinero. Este programa hace un seguimiento de tu información de salud para ver si hay algo que puedes hacer para mejorarla. En ese caso, recibirás por correo postal una nota personalizada y confidencial de MyHealth.

¿Cómo puede Empire ayudarme a ahorrar dinero?

Ahorrarás dinero cada vez que acudas a un médico de tu plan, ya que ellos han acordado cobrar tarifas más bajas a los miembros de Empire. Además, te ayudaremos a ahorrar dinero antes de acudir al médico.

En empireblue.com, puedes comparar cuánto cuesta un procedimiento médico en diferentes lugares. Asimismo, todos los miembros obtienen descuentos en productos relacionados con la salud. Incluso puedes imprimir tus propios cupones para comprar alimentos más saludables. Conoce los programas para ahorrar costos que también ofrece tu empleador:

Farmacia con entrega a domicilio: Ahorra dinero y tiempo recibiendo los medicamentos recetados en tu hogar.

Centro de servicios: Si tu plan incluye el beneficio del Centro de servicios, puedes obtener atención médica de calidad por menos dinero si eliges un proveedor de radiografías, un centro de cirugía ambulatoria o un laboratorio independientes que pertenezcan a tu plan.

Programa Imaging Shopper de Empire: — Si el médico te receta una tomografía computarizada o una resonancia magnética, podemos colaborar contigo y tu médico para averiguar cuáles son los centros más económicos en tu área. Incluso podemos ayudarte a programar una cita.

LiveHealth Online: Con LiveHealth Online, puedes usar tu teléfono inteligente, tableta o computadora con cámara web para realizar una consulta por video con tu médico certificado por el Colegio de Médicos o terapeuta. Es fácil de usar y está siempre disponible cuando lo necesitas. Lo único que tienes que hacer para poder usar este beneficio es registrarte en livehealthonline.com o descargar la aplicación.

Programa Enhanced Personal Health Care: Ayudamos a los médicos a centrarse en la calidad de atención que ofrecen. Conocerán tus antecedentes, tus especialistas y tus medicamentos, y coordinarán tu tratamiento con otros médicos y proveedores de atención médica. Además, te brindarán la asistencia que necesitas, cuando la necesitas, incluso fuera del horario de atención. Por este motivo, es probable que dediquen

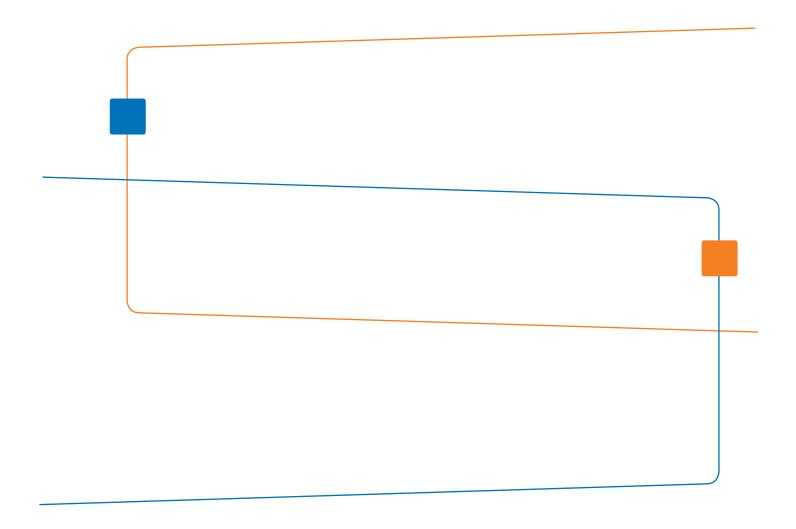


Preguntas frecuentes (continuación)

más tiempo a escucharte para que no sientas que te están apurando.

Información de tu plan

En esta sección, encontrarás más información sobre tu plan.



Su Resumen de Beneficios



An Anthem Company

EPO Select 20

DEHIC 7/1/2016

Beneficio	Dentro de la red¹	
Monto máximo de por vida	Sin límite	
Gasto máximo de bolsillo	\$5,080/\$12,700 (toda la distribución de costos de atención médica y medicamentos recetados dentro de la red)	
Hijos dependientes (cubiertos hasta el final del mes)	Dependientes hasta los 26 años de edad	
Atención preventiva cubierta ²	Los miembros pagan dentro de la red	
Atención preventiva para adultos cubierta	Copago de \$0	
Examen físico anual	Copago de \$0	
Atención preventiva de niños sanos (hasta los 19 años de edad, incluye inmunizaciones necesarias cubiertas)	Copago de \$0	
Atención preventiva de mujeres sanas	Copago de \$0	
Atención para pacientes ambulatorios/en consultorio/a domicilio	Los miembros pagan dentro de la red	
Visitas a domicilio/al consultorio/en línea	Copago de \$20	
Centro de atención urgente ¹	Copago de \$20	
Sala de emergencias/centro ¹ (visita inicial por evento)	Copago de \$50 (sin copago si el paciente es admitido dentro de las 24 horas)	
Cirugía³, pruebas prequirúrgicas, anestesia	\$0	
Quimioterapia, radioterapia	\$0	
Atención de maternidad de rutina	\$0	
Pruebas de laboratorio, radiografías	\$0	
Resonancia magnética (MRI) ⁵ /angiografía por resonancia magnética (MRA) ⁵ , tomografía axial computarizada (CAT) ⁵ , tomografía por emisión de positrones (PET) ⁵ y cardiología nuclear ⁵	\$0	
Prueba y tratamiento de rutina para la alergia (inyecciones para la alergia/inmunoterapia)	Copago de \$20 (se cancela para el tratamiento)	
Atención quiropráctica ⁶	Copago de \$20	
Atención médica a domicilio (hasta 200 visitas por año calendario)	\$0	
Terapia de infusión a domicilio	\$0	
Atención a enfermos terminales (hasta 210 días de por vida)	\$0	
Terapia física ³ (hasta 30 visitas por año calendario de atención combinada en un consultorio, a domicilio o en un centro para pacientes ambulatorios)	Copago de \$20	
Otras terapias de rehabilitación a corto plazo ³ : terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional (hasta 30 visitas por año calendario de atención combinada en un consultorio, a domicilio o en un centro para pacientes ambulatorios)	Copago de \$20	
Terapia de la visión	Copago de \$20	
Rehabilitación cardíaca (sin límite de visitas por año calendario)	Copago de \$20	
Segunda opinión quirúrgica	Copago de \$20	
Diálisis renal	\$0	

Su Resumen de Beneficios



An Anthem Company

EPO Select 20

Beneficio	Dentro de la red ¹
Atención a pacientes internados ³	Los miembros pagan dentro de la red
Servicios hospitalarios para pacientes internados (tantos días como sea médicamente necesario; comida y estadía en habitación semiprivada)	\$0
Cirugía, asistente quirúrgico, anestesia	\$0
Terapia física, medicina física o rehabilitación (hasta 90 días como paciente internado por año calendario)	\$0
Centro de enfermería especializada (hasta 60 días por año calendario)	\$0
Salud mental	
Visitas como paciente ambulatorio en consultorio	Copago de \$20
Visitas como paciente ambulatorio en centro	\$0
Atención a pacientes internados ⁴ (tantos días como sea médicamente necesario; comida y estadía en habitación semiprivada)	\$0
Alcoholismo/Abuso de sustancias	
Visitas como paciente ambulatorio en consultorio	Copago de \$20
Visitas como paciente ambulatorio en centro	\$0
Desintoxicación de pacientes internados ⁴ (tantos días como sea médicamente necesario; comida y estadía en habitación semiprivada)	\$0
Rehabilitación de pacientes internados ⁴	\$0
Otro	
Suministros médicos	\$0 cuando se obtengan a través del prestador de suministros médicos de Empire
Equipo médico duradero ⁵	\$0
Dispositivos prostéticos y ortótica ⁵	\$0
Ambulancia (ambulancia aérea/terrestre)	\$0
Medicamentos recetados ⁷	
Programa de venta minorista: se requiere un copago para un suministro de hasta 30 días	Deducible de \$0 por persona, por año calendario Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3 Copago de \$10/\$20/\$40 Incluye anticonceptivos (venta minorista o pedido por correo)
Programa de pedido por correo ⁸ : Se requieren solo dos copagos para un suministro de 90 días	Deducible de \$0 El programa de pedido por correo tiene los mismos copagos que el programa de venta minorista antes mencionado.
Atención de visión de rutina	Copago de \$5 por 1 examen cada 12 meses Copago de \$10 para marcos/lentes de contacto Copago adicional de \$0 para marcos de diseñador Asignación de \$35 para compras de accesorios para los ojos no cubiertos por el plan Asignación de \$30 para exámenes y marcos a través de proveedores fuera de la red

Su Resumen de Beneficios



An Anthem Company

EPO Select 20

- (1) Un proveedor de la red debe brindar toda la atención. No existe una opción fuera de la red para este producto, salvo si la atención es de emergencia o urgente.
- (2) Los beneficios de atención preventiva no sujetos a copago, deducible y coseguro cuando se prestan dentro de la red incluyen: mamografías de detección, pruebas de detección de cáncer cervical, pruebas de detección de cáncer de próstata, pruebas de detección de hipercolesterolemia, pruebas de detección de diabetes para mujeres embarazadas, pruebas de densidad ósea, exámenes físicos anuales y exámenes ginecológicos y obstétricos anuales. También se pueden incluir otros servicios según lo requerido por las leves estatales y federales. Pueden estar sujetos a límites de edad y frecuencia.
- (3) Usted es responsable de obtener la certificación previa del Programa de administración médica de Empire para estos servicios. Su proveedor puede comunicarse en representación suya, pero usted será responsable de las multas que correspondieren por no obtener certificación previa. En el caso de la cirugía ambulatoria, se requiere certificación previa para cirugía reconstructiva, trasplantes a pacientes ambulatorios y procedimientos oftalmológicos o relacionados con los ojos. La certificación previa también es necesaria para la cirugía cosmética, que se excluye como beneficio a menos que sea médicamente necesaria.
- (4) Usted es responsable de obtener la certificación previa del administrador de la atención de salud del comportamiento para estos servicios. Su proveedor puede comunicarse en representación suya, pero usted será responsable de las multas que correspondieren por no obtener certificación previa.
- (5) Para recibir servicios de un proveedor de la red de Empire, el proveedor debe otorgarle una certificación previa para servicios dentro de la red; los proveedores de la red de Empire no pueden cobrarles los servicios cubiertos a los miembros. Fuera del área de la red de Empire, usted debe obtener certificación previa del programa de administración médica de Empire para servicios prestados por proveedores dentro de la red de BlueCard® PPO (excepto para servicios de resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, tomografía axial computarizada y cardiología nuclear, que no requieren certificación previa para servicios prestados por proveedores dentro de la red de BlueCard® PPO que se encuentren fuera del área de la red de Empire). El proveedor de BlueCard® PPO puede comunicarse en representación suya por los servicios que requieren certificación previa, pero usted será responsable de las multas que correspondieren por no obtenerla.
- (6) Los proveedores de la red de Empire deben obtener autorización de necesidad clínica/médica para servicios dentro de la red; los proveedores de la red de Empire solo pueden cobrar a los miembros los copagos por servicios cubiertos dentro de la red. La autorización no es necesaria para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red de BlueCard® PPO fuera del área de la red de Empire.
- (7) Esta cobertura de medicamentos recetados cumple con la norma de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services) para la cobertura acreditable, según la Ley de Modernización de Medicare de 2003.
- (8) Para recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados a través del Programa de pedido por correo de Empire, debe indicarse específicamente en la receta que se solicita un suministro de 90 días.

NOTA IMPORTANTE: El presente es solamente un resumen de beneficios y se encuentra sujeto a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones establecidos en su Certificado de Cobertura, Lista de Beneficios y cualquier Cláusula Adicional o Contrato que su grupo haya adquirido. Consulte su Contrato o Certificado de beneficios para obtener todos los detalles sobre su cobertura. En caso de conflictos entre este Resumen y su Contrato o Certificado de beneficios, regirán los términos del Contrato o Certificado de beneficios. Si no se cumplen los requisitos del Programa de Administración Médica o del Programa de Administración de la Atención Médica del Comportamiento de Empire, los beneficios pueden sufrir reducciones.

Este resumen de beneficios ha sido actualizado para cumplir con los requisitos federales y estatales, incluidas las disposiciones aplicables de la reforma a las leyes federales para la atención médica aprobada recientemente. A medida que recibamos orientación adicional y aclaraciones sobre las reformas a las leyes federales de atención médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos, del Departamento de Trabajo y del Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos, es posible que se nos exija que efectuemos cambios adicionales en este resumen de beneficios.

Incluye servicios de atención preventiva que cumplen con los requisitos de las leyes estatales y federales, incluidas algunas pruebas, inmunizaciones y visitas al médico.

EPO Rev. Sept 2014 Preparado el 03/24/16 SH

Cuida tu salud. Utiliza los beneficios de cuidado preventivo.



Realizarte controles regularmente te ayuda a mantenerte saludable y detectar problemas de manera temprana. Incluso podría salvarte la vida.

Nuestros planes de salud ofrecen los servicios enumerados en este folleto de cuidado preventivo sin costo alguno.¹ Cuando recibes estos servicios de médicos de la red de proveedores de tu plan, no pagas nada de tu propio bolsillo. Es probable que debas pagar una parte de los costos si visitas a un médico que no pertenece a tu red.

Cuidado preventivo y atención de diagnóstico

¿Cuál es la diferencia? La atención preventiva ayuda a evitar que te enfermes. En cambio, la atención de diagnóstico ayuda a descubrir la causa de las enfermedades existentes. Por ejemplo, si tu médico te recomienda que te realices una colonoscopia debido a tu edad cuando no tienes ningún síntoma, eso se considera cuidado preventivo. Por otro lado, si tienes síntomas y el médico te recomienda que te realices una colonoscopia para saber qué los está provocando, eso se considera atención de diagnóstico.

Cuidado preventivo para niños

Exámenes físicos preventivos

Pruebas de detección:

- Asesoramiento sobre comportamiento para promover una dieta saludable
- Presión arterial
- Pruebas de detección de displasia cervical
- Niveles de colesterol y lípidos
- Pruebas de detección de depresión
- Pruebas de desarrollo y comportamiento
- Pruebas de detección de diabetes tipo 2
- Examen de audición
- Altura, peso e índice de masa corporal (Body Mass Index, BMI)
- Hemoglobina o hematocrito (hemograma)
- Pruebas de detección de virus del papiloma humano (Human papillomavirus, HPV) (mujeres)

Vacunas:

- Difteria, tétano y tos ferina
- Haemophilus influenzae tipo b (Hib)
- Hepatitis A y hepatitis B
- Virus del papiloma humano (HPV)
- Influenza (gripe)
- Sarampión, paperas, rubéola (Measles, Mumps and Rubella, MMR)

- Pruebas de detección de plomo
- Pruebas de detección para el recién nacido
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre obesidad
- Asesoramiento para personas de entre 10 y 24 años de edad, que tengan la piel clara, sobre maneras de disminuir el riesgo de sufrir cáncer de piel
- Evaluación bucal (salud dental) cuando se realiza como parte de una visita de cuidado preventivo
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual
- Consumo de tabaco: pruebas de detección y asesoramiento sobre comportamiento relacionados
- Examen de la vista² cuando se realiza como parte de una visita de cuidado preventivo
- Antimeningocócica (meningitis)
- Antineumocócica (neumonía)
- Poliomielitis
- Rotavirus
- Varicela

Cuidado preventivo para la mujer

- Visitas para la mujer sana
- Cáncer de seno, incluyendo exámenes, mamografías y pruebas genéticas para BRCA 1 y BRCA 2 cuando se cumplen determinados criterios³
- Lactancia: intervención de atención primaria para promover el apoyo, ofrecer suministros y brindar asesoramiento para la lactancia (mujeres)^{4,5}
- Asesoramiento sobre anticonceptivos (control de la natalidad)
- Servicios médicos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) ofrecidos por un médico, incluida la esterilización
- Asesoramiento relacionado con la quimioprofilaxis para mujeres con un alto riesgo de padecer cáncer de seno

- Asesoramiento relacionado con pruebas genéticas para mujeres con antecedentes familiares de cáncer de ovario o de seno
- Pruebas de detección de HPV⁵ (Virus del Papiloma Humano)
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre violencia interpersonal y doméstica
- Pruebas de embarazo que incluyen, entre otras, diabetes gestacional, hepatitis, bacteriuria asintomática, incompatibilidad de Rh, sífilis, anemia por deficiencia de hierro, gonorrea, clamidia y VIH⁵
- Examen pélvico y prueba de Papanicolaou, incluidas pruebas de detección de cáncer de cuello de útero

Los servicios de cuidado preventivo enumerados son recomendaciones en virtud de la Ley de Atención Accesible (Affordable Care Act, ACA) (o Ley de Reforma de la Atención Médica). Es posible que los servicios enumerados no sean adecuados para todas las personas. Consulta con tu médico qué es lo adecuado para ti, según tu edad y tus afecciones de salud.

Esta hoja informativa no representa un contrato ni una póliza con Anthem Blue Cross and Blue Shield. Si existiera alguna diferencia entre esta hoja informativa y la póliza de grupo, regirán las cláusulas de la póliza de grupo. Consulta el Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información o el Certificado para obtener información sobre exclusiones y limitaciones.

43199NYMSPEBS Rev. 12/14 12

Cuidado preventivo para adultos

Exámenes físicos preventivos

Pruebas de detección:

- Abuso de alcohol: pruebas de detección relacionadas y asesoramiento sobre comportamiento
- Pruebas de detección de aneurisma aórtico (en hombres que han fumado)
- Asesoramiento sobre comportamiento para promover una dieta saludable
- Presión arterial
- Prueba de densidad ósea para detectar osteoporosis
- Niveles de colesterol y lípidos (grasas)
- Cáncer de colon, incluidas prueba de sangre oculta en materia fecal, enema de bario, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección y kit de preparación relacionado, y colonografía por tomografía computarizada (según corresponda)
- Pruebas de detección de depresión
- Virus de la hepatitis C (Hepatitis C Virus, HCV) para personas con alto riesgo de infección, y una prueba de detección única para adultos nacidos entre 1945 y 1965
- Pruebas de detección de diabetes tipo 2

Vacunas:

- Difteria, tétano y tos ferina
- Hepatitis A y hepatitis B
- HPV
- Influenza (gripe)
- Antimeningocócica (meningitis)

- Prueba de la visión con tabla optométrica²
- Examen de audición
- Altura, peso y BMI
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre VIH
- Pruebas de detección de cáncer de pulmón para personas de entre 55 y 80 años de edad, que tienen antecedentes de haber fumado 30 paquetes de cigarrillos por año y aún fuman, o que havan deiado de fumar en los últimos 15 años⁶
- Obesidad: pruebas de detección relacionadas y asesoramiento
- Cáncer de próstata, incluidos tacto rectal y prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)
- Infecciones de transmisión sexual: pruebas de detección relacionadas v asesoramiento
- Tabaquismo: pruebas de detección relacionadas y asesoramiento sobre comportamiento
- Violencia, interpersonal y doméstica: pruebas de detección relacionadas y asesoramiento
- Sarampión, paperas, rubéola (Measles, Mumps and Rubella, MMR)
- Antineumocócica (neumonía)
- Varicela
- Herpes zóster (culebrilla) para personas de 60 años de edad y mayores

Información sobre productos farmacéuticos

Para recibir cobertura del 100 % en medicamentos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) y los demás productos farmacéuticos que figuran a continuación, la persona que los recibe debe cumplir con el criterio de edad y otros criterios específicos. Debes trabajar junto a tu médico u otro proveedor de atención médica de la red para obtener una receta para los productos y llevar la receta a una farmacia de la red. Incluso si la receta no es "necesaria" para comprar los productos, si deseas usar la cobertura del 100 %, debes presentar una receta.

Medicina preventiva y otros productos farmacéuticos para niños (adecuados a la edad):

- Barniz con fluoruro dental para prevenir las caries en dientes primarios para niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad
- Suplementos de fluoruro para niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad
- Suplementos de hierro para niños de entre 6 y 12 meses

Medicina preventiva y otros productos farmacéuticos para adultos (adecuados a la edad):

- Uso de aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares, incluida la aspirina para hombres de entre 45 y 79 años, y mujeres de entre 55 y 79 años
- Kit de preparación para colonoscopia (genérico o de venta libre únicamente) cuando se receta para pruebas de detección preventivas de cáncer de colon
- Productos para dejar de fumar, incluyendo determinada medicina recetada que no sea de marca, determinada medicina de marca sin equivalente a una que no sea de marca y productos de venta libre aprobados por la FDA, para personas de 18 años de edad o más

Medicina preventiva y otros productos farmacéuticos para la mujer (adecuados a la edad):

- Anticonceptivos, incluyendo medicina recetada que no sea de marca, medicina de marca sin equivalente a una que no sea de marca y artículos de venta libre como condones femeninos o espermicidas^{5,7}
- Ácido fólico para mujeres de 55 años de edad o menos
- Vitamina D para mujeres mayores de 65 años
- Medicamentos que reducen el riesgo de cáncer de mama siguiendo los criterios de la U.S. Preventive Services Task Force (tales como tamoxifeno y raloxifeno)⁶

2 Algunos planes cubren servicios de la visión adicionales. Consulta el contrato o el Certificado de Cobertura para conocer más detalles.
3 Los sacaleches manuales y otros suministros deben comprarse a un proveedor médico dentro de la red para recibir cobertura del 100 %; recomendamos realizar la compra a un proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) dentro de la red.

4 Este beneficio también se aplica a personas menores de 19 años.

4 Este posible que se aplique un costo compartido a otros anticonceptivos recetados, según tus beneficios de medicamentos. 6 Consulta tu póliza médica para obtener más detalles. 7 Es posible que debas obtener una autorización previa para recibir estos servicios.

¹ La gama de servicios de atención preventiva cubiertos sin costo compartido cuando se prestan dentro de la red está diseñada para cumplir con los requisitos de las leves federales y estatales. El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha definido los servicios preventivos que deben estar cubiertos conforme a la ley federal sin costo compartido, como aquellos servicios descritos en las recomendaciones A y 8 del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, el Comité Assor en Prácticas de Vecucianación Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), y ciertas pautas para bebés, niños, adolescentes y mujeres respaldadas por las Pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA). Es posible que tengas cobertura adicional en virtud de tu póliza de seguro. Para obtener más información acerca de lo que cubre tu plan, consulta tu Certificado de Cobertura o Ilama al número del Servicio de Atención al Cliente que figura en tu tarieta de identificación



Cómo empezar a usar la farmacia con entrega a domicilio

Si tomas medicamentos recetados en forma regular, puedes recibir un suministro de hasta 90 días en la puerta de tu casa.*

Aquí te explicamos cómo:

Paso uno

Crea una cuenta e imprime un formulario de pedido Puedes hacer esto de dos maneras:

- Ingresa en el sitio web de tu plan de salud.
 - Regístrate en el sitio web del plan si todavía no lo has hecho.
 - Haz clic en"Prescription Benefits" (Beneficios de recetas) en el cuadro "Useful Tools" (Herramientas útiles).
 - Haz clic en"Start a New Prescription" (Comenzar nueva receta).

Así, irás al sitio web de Express Scripts. Puedes averiguar cómo hacer lo siguiente:

- Imprimir un formulario de pedido para enviar por correo junto con la receta.
- Imprimir un formulario para que el médico envíe la receta por fax.
- Ver cuánto cuesta el medicamento.

Paso dos

Ve al médico y pídele una receta para un suministro de 90 días del medicamento

Necesitas una receta por un suministro de 90 días para el primer pedido a la farmacia con entrega a domicilio. Pero debes pedirle al médico que también te recete un suministro de 30 días. Así, puedes abastecer el suministro de 30 días en la farmacia local mientras se procesa el pedido a la farmacia con entrega a domicilio.

- El médico puede darte una receta para que envíes por correo junto con el formulario de pedido.
- También puede completar un formulario y enviarlo por fax al número de teléfono indicado en él.

Si el médico te receta un medicamento de marca, el diseño del plan puede requerir que la farmacia con entrega a domicilio te dé la versión genérica en su lugar.

Paso tres

Cómo pagar el medicamento recetado

Puedes pagar con cheque electrónico, cheque común, giro postal o tarjeta de crédito. Haz los cheques y giros postales a nombre de Express Scripts. Escribe tu número de identificación de miembro en el frente. Puedes inscribirte para pagar con cheque electrónico, registrar la tarjeta de crédito en el sitio web o llamar al número de la tarjeta de identificación de miembro.

Paso cuatro

Envíanos la receta

Puedes enviarnos la receta de dos maneras:

- Por correo: Completa el formulario de pedido y envíalo por correo junto con la receta y el pago (si usas cheque o giro postal) a la dirección que está en el formulario. Completa la información de pago en el formulario si no pagas con cheque o giro postal.
- **Por fax**: El médico puede completar un formulario y enviarlo por fax al número de teléfono que figura en él.

Todas las recetas y reabastecimientos, incluidos los que envíe el médico, se procesan no bien se reciben. No envíes la receta, a menos que estés listo para abastecerla.

Importante

El medicamento se enviará a tu casa dentro de las dos semanas después de que la farmacia con entrega a domicilio reciba el pedido. Si necesitas el medicamento antes, llama al número que está en la tarjeta de identificación para solicitar que el pedido se envíe al otro día. Ten en cuenta que se necesitan de tres a cinco días para procesar el pedido además del tiempo de entrega. Te cobrarán un cargo adicional. El pedido se envía mediante la oficina postal, UPS o FedEx. Ten en cuenta que, con algunos medicamentos, quizá debas firmar para aceptar la entrega.

¿Necesitas ayuda para comenzar?

Llama al número de teléfono que está en tu tarjeta de identificación. Te comunicarán con Express Scripts, que puede ayudarte con los primeros pasos.

^{*} Según el diseño del plan de beneficios de medicamentos

Autorización de la persona de HIPAA

Si necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional, llamando al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción.



Empire BlueCross BlueShield ATTENTION: Customer Service P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407

INSTRUCCIONES:

Complete la siguiente información tal como aparece en su tarjeta de identificación (ID) de miembro. Complete todo el formulario e incluya tanta información como sea posible. Si necesita ayuda, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Apellido de la persona	Nombre de la persona	Inicial del segundo nombre	N.º de identificación de grupo		
N.º de identificación individual (de la	Número de aggure aggist (ancienal)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Taláfana diuwa (oon cádiga da ávas)		
tarjeta de identificación de miembro)	Número de seguro social (opcional)	reciia de nacimiento (MIM/DD/AAAA)	Teléfono diurno (con código de área)		
<u> </u>					
Dirección de la persona	Ciudad	Estado	Código postal		
Parte A: Autorizo a la siguiente person	ı a o tipos de persona a divulgar mi info	ormación:			
Empire BlueCross BlueShield					
Parte B: Autorizo a la siguiente persona o tipos de persona a recibir mi información (la persona que reciba la información debe tener 18 años de edad o más):					
Relación con la persona					
P arte C : Autorizo la utilización o divul	asción de ests información en mi non	ahra (marqua una cacilla).			
Se puede divulgar toda mi informa salud (por ejemplo, de diagnóstico e información financiera (por ejem cuentas corrientes).	ación, incluso información de o, reclamaciones, proveedores)		rmación limitada (a continuación, ue correspondan).		
Información limitada					
Apelación		Médico y hospital			
Beneficios y cobertura		Certificación y autorización	previas		
☐ Facturación			-		
		Remisión	•		
Reclamaciones y pagos		☐ Remisión ☐ Tratamiento			
☐ Reclamaciones y pagos ☐ Diagnósticos y procedimientos		_			
_		☐ Tratamiento			
□ Diagnósticos y procedimientos□ Elegibilidad e inscripción□ Financiera		☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia			
☐ Diagnósticos y procedimientos ☐ Elegibilidad e inscripción	notas de psicoterapia*)	☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia ☐ Salud mental			
 □ Diagnósticos y procedimientos □ Elegibilidad e inscripción □ Financiera □ Expedientes médicos (no incluye 		☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia ☐ Salud mental ☐ Otro:			
 □ Diagnósticos y procedimientos □ Elegibilidad e inscripción □ Financiera □ Expedientes médicos (no incluye Autorizo la divulgación de la siguiente	e notas de psicoterapia*) te información confidencial (marque tod	☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia ☐ Salud mental ☐ Otro:			
 □ Diagnósticos y procedimientos □ Elegibilidad e inscripción □ Financiera □ Expedientes médicos (no incluye Autorizo la divulgación de la siguient □ Aborto 		☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia ☐ Salud mental ☐ Otro: das las casillas que correspondan): ☐ Maternidad			
 □ Diagnósticos y procedimientos □ Elegibilidad e inscripción □ Financiera □ Expedientes médicos (no incluye Autorizo la divulgación de la siguiente		☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia ☐ Salud mental ☐ Otro: ☐ das las casillas que correspondan): ☐ Maternidad ☐ Salud mental			
 □ Diagnósticos y procedimientos □ Elegibilidad e inscripción □ Financiera □ Expedientes médicos (no incluye Autorizo la divulgación de la siguient □ Aborto 	te información confidencial (marque tod	☐ Tratamiento ☐ Dental ☐ Visión ☐ Farmacia ☐ Salud mental ☐ Otro: ☐ das las casillas que correspondan): ☐ Maternidad ☐ Salud mental	ón sexual u otras enfermedades contagio		

	D: El propósito de mi autorización es la siguiente (marque una casilla):	
	Divulgar la información cuando yo lo solicite.	
	Para los siguientes fines:	
Parte E	:: Fecha de vencimiento. Si no se revoca previamente, esta autorización finalizará en la primera de las siguientes fechas.	
	 La fecha de terminación de mi cobertura (solo si la divulgación es solicitada por la compañía de seguros). Un año después de la fecha de firma que aparece a continuación. Desde la siguiente fecha, evento o condición (en el plazo de un año). 	
Parte F	: He leído el contenido de esta autorización y comprendo y acepto el uso y la divulgación de mi información tal como se especificó anteriormente. También comprendo que esta autorización es voluntaria y que la persona mencionada en la Parte A no hará que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad relacionada con los beneficios dependa de la firma de esta autorización.	
	Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al presentar una notificación de revocación por escrito a la persona mencionada en la Parte A. Comprendo que mi revocación no afectará ninguna medida tomada antes de la recepción de mi notificación de revocación por escrito. También comprendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación de parte del receptor, en cuyo caso, posiblemente ya no esté protegida por la norma de privacidad de la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos). Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.	
	Firma de la persona Fecha	
	Representante legal/tutor designado	
	un representante legal o tutor firman este formulario en nombre de la persona, complete la siguiente información. Se debe adjuntar una copia de un podo ra la atención de la salud, una orden judicial, otra documentación que establezca la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del presentante legal para actuar en nombre de la persona.	
	Representante legal (nombre completo en letra de imprenta):	
	Relación legal con la persona:	
	Firma: Fecha:	
	* Nota: Este formulario no se puede utilizar para notas de psicoterapia. Si desea autorizar el uso o la divulgación de notas de psicoterapia, deberá utilizar un formulario diferente.	
	Conserve una copia de este formulario para sus registros y envíelo completo a:	
	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407	

Página 2 de 2

Church Street Station New York, NY 10008-1407

OBLE AOUÍ

FORMULARIO DE PEDIDO DE ENTREGA A DOMICILIO





1 Información sobre el miembro: verifique o brinde la información sobre el miembro que se solicita a continuación.				
Identificación del miembro:Grupo:	☐ Envíeme por correo electrónico notificaciones sobre el estado de las recetas adjuntas y los pedidos en línea a: @ .			
Nombre:	Nueva dirección de envío:			
Domicilio:				
Domicilio:				
Domicilio:	(Express Scripts conservará esta dirección en sus registros para			
Ciudad, Estado, Código postal:	enviar todos los pedidos de esta membresía hasta que cualquier persona de la misma proporcione otra dirección de envío).			
Teléfono diurno:	Teléfono nocturno:			
2 Información sobre el paciente o médico: Completo una persona posee recetas de más de un médico, completo se encuentran en el reverso). Envíe todas las recetas en el sobre e	una nueva sección para cada médico (las secciones adicionales			
Nombre Apellido				
Fecha de nacimiento				
(MM/DD/AAAA) Sexo Parentesc	o del paciente con el miembro			
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	mo 🗌 Cónyuge 🔲 Persona a su cargo			
Apellido del médico	1.ª inicial Número de teléfono del médico			
Nombre Apellido				
Fecha de nacimiento				
(MM/DD/AAAA) Sexo Parentesc	o del paciente con el miembro mo 🗌 Cónyuge 🔲 Persona a su cargo			
Apellido del médico	1ª inicial Número de teléfono del médico			
Complete su pedido: Puede pagar con un cheque electrónico, cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Emita los cheques y giros postales a la orden de Express Scripts, y anote su número de identificación de miembro en el anverso. Puede inscribirse para realizar pagos con cheques electrónicos y cotizar medicamentos en Express-Scripts.com, o llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación.				
Cantidad de recetas enviadas con este pedido:				
Opciones de pago: ☐ Cheque electrónico ☐ Pago adjunto ☐ Tarjeta de crédito ☐ Enviar factura				
Para pagos con tarjeta de crédito: ☐ Visa ☐ MC ☐ Discover ☐ AmEx ☐ Diners	Número de tarjeta de crédito			
Fecha de vencimiento	Autorizo a Express Scripts a cargar a esta tarjeta			
X	todos los pedidos de cualquier persona de esta			
M M A A Firma del titular de la tarjeta	membresía.			
☐ Acelerar este envío (\$21, costo sujeto a cambio). NOTA: 9	Sólo se acelerará el envío, no el procesamiento de su			

WLPMSNSW

pedido. La dirección es obligatoria; no se acepta una casilla de correo.

Coloque sus recetas, este formulario y su pago en el sobre proporcionado. Asegúrese de que la dirección se vea a través de la ventana del sobre. No use grapas ni clips.

EXPRESS SCRIPTS PO BOX 66558 ST. LOUIS, MO 63166-6558



Echemos un vistazo a tus derechos y las políticas de privacidad

Como miembro, tienes derecho a que se proteja la privacidad de tu información de salud personal, según las leyes estatales y federales, y de acuerdo con nuestras políticas. Además, cuando recibes atención médica también tienes ciertos derechos y responsabilidades. Para conocer más sobre cómo protegemos su privacidad, cuáles son sus derechos y obligaciones cuando recibe atención de la salud y sus derechos bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act), visite www.empireblue.com/memberrights

Cómo ayudamos a administrar tu atención

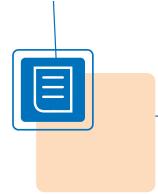
Para decidir si cubriremos un tratamiento, un procedimiento o una internación en el hospital, usamos un proceso llamado Administración de utilización (Utilization Management, UM). La UM es un programa que nos permite asegurarnos de que estás recibiendo la atención adecuada en el momento correcto. Los profesionales de atención médica con licencia revisan la información que tu médico nos envió para ver si la atención solicitada es médicamente necesaria. Estas revisiones pueden hacerse antes, durante o después del tratamiento del miembro. La UM también nos ayuda a determinar si los servicios estarán cubiertos por tu plan de salud. También usamos administradores de casos. Estos son profesionales de atención médica con licencia que trabajan contigo y con tu médico para brindarte información y administrar tus afecciones de salud. También te ayudan a comprender mejor tus beneficios de salud. Para obtener más información sobre cómo te ayudamos a administrar tu atención, visita www.empireblue.com/memberrights

Derechos de inscripción especial

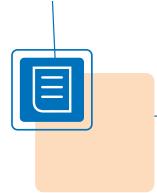
En algunas circunstancias, puedes inscribirte en un plan fuera del periodo de inscripción abierta. Por lo general, la inscripción abierta se realiza una vez por año. Ese es el momento en el que puedes inscribirte en un plan o hacer cambios en este. Si optas por no inscribirte durante el periodo de inscripción abierta, existen casos especiales en los que puedes inscribirte e inscribir a tus dependientes. Se permite la inscripción especial:

• Si tenías otro plan de salud que se canceló. Si tú, tus dependientes o tu cónyuge dejan de ser elegibles para recibir otra cobertura (o si el empleador deja de hacer aportes a tu plan de salud), es posible que puedas inscribirte en nuestro plan. Debes inscribirte en el plazo de los 31 días posteriores a la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de pagarla).

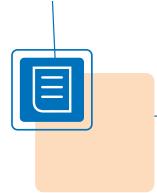
- Por ejemplo: tú y tu familia están inscritos a través de la cobertura de tu cónyuge en el trabajo. El empleador de tu cónyuge deja de pagar la cobertura de salud. En este caso, tú y tu cónyuge, y otros dependientes, pueden inscribirse en un plan.
- Si tienes un nuevo dependiente. Esto podría significar un acontecimiento de vida como el matrimonio, el nacimiento, la adopción o si tienes la custodia de un menor y la adopción está pendiente. Debes inscribirte en el plazo de los 31 días luego de ocurrido el acontecimiento. Por ejemplo: si te casaste, tu nuevo cónyuge y tus nuevos hijos podrán inscribirse en un plan.
- Si tu elegibilidad para Medicaid o para el Programa estatal de seguro médico para niños (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) cambia. YTienes un periodo especial de 60 días para inscribirte después de que:
 - Tú o tus dependientes elegibles pierdan la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) porque dejaron de ser elegibles.
 - Tú o tus dependientes elegibles se vuelven elegibles para recibir ayuda de Medicaid o de SCHIP para pagar parte del costo.



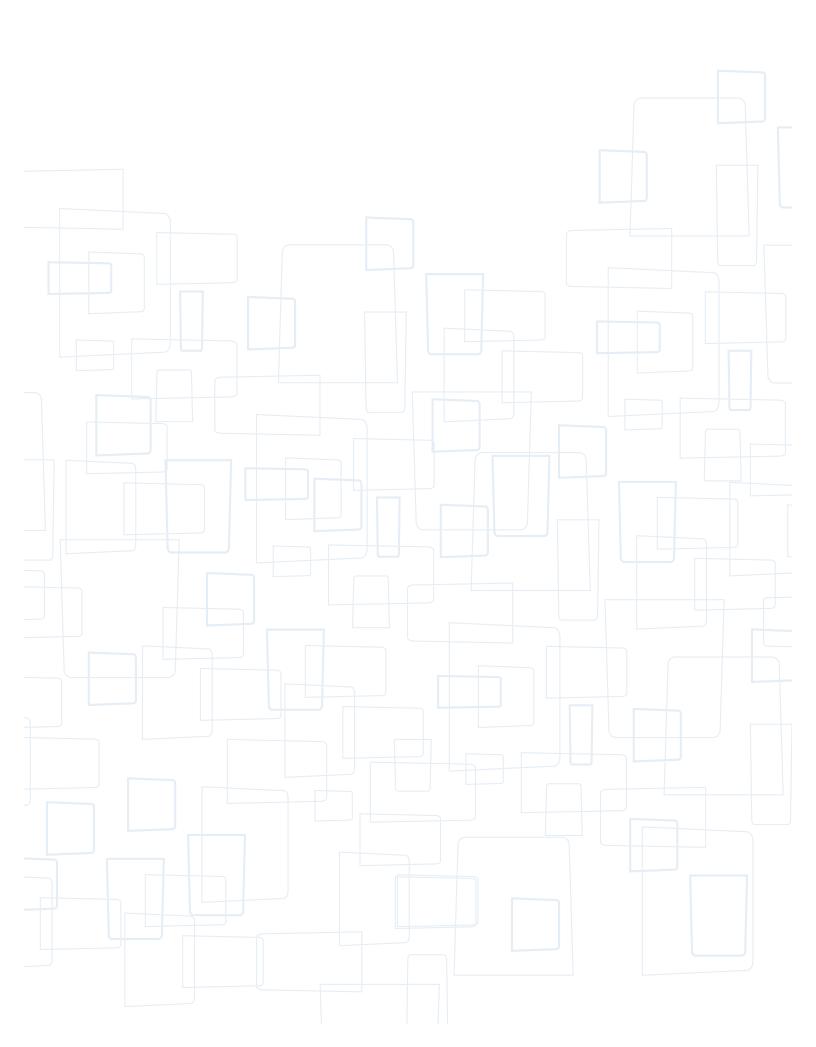
Notas



Notas



Notas





Tú estableces las metas de salud. Nosotros te ayudamos a alcanzarlas.

Si necesita más información

llámenos al 855-220-3341,

de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.(horario del este).



An Anthem Company

Los productos y los servicios de salud, dental, de la visión, y del Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) son proporcionados por Empire HealthChoice HMO, Inc. o Empire HealthChoice Assurance, Inc., licenciatarios de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Los seguros de vida y de discapacidad son asegurados por Anthem Life & Disability Insurance Company, una compañía afiliada de Empire HealthChoice Assurance, Inc., licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Express Scripts, Inc. es una compañía independiente que brinda servicios de farmacia y de administración de beneficios de farmacia en nombre de los miembros de planes de salud.

Healthway, Inc., una compañía independiente, ofrece los programas de Healthy Lifestyles.