Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá

www.pcabp.org

Servicio al Cliente 507-366-1400 (Panamá) / Servicio al Cliente USA:1-786-497-0411

2027

Un Plan Administrado de Pago Por Servicio con una Opción de Punto De Servicio

La cobertura de este plan cumple con los requisitos de cobertura mínima esencial y cumple con el estándar de valor mínimo de los beneficios proporcionados. Este plan está acreditado. Ver Sección 1. Como Funciona Este Plan. Página 13

IMPORTANTE
- Tarifas: Portada Trasera
- Cambios para 2027: Página 15
- Resumen de Beneficios: Página 99

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

Quien 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 sean miembros de la Asociación de Jubilados del Área del Canal de Panamá (AJAC).

Para convertirse en un miembro de la AJAC: NOTA: Esté es un plan cerrado. Solo los empleados federales que hayan trabajado para la Zona del Canal de Panamá son elegibles para convertirse en miembros de la asociación.

Los códigos de inscripción para este Plan:

431 - Individual
433 - Individuo y Uno
432 - Individuo y Familia

Authorized for distribution by the:

United States
Office of Personnel Management

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

RI 72-004esp

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 medicamentos recetados del Plan de Beneficio para el Área del Canal de Panamá cumple los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ser considerada cobertura acreditable, Esto significa que usted no necesita inscribirse en la Parte D de Medicare y pagar adicional por la cobertura 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 reinscribirse 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 al menos tanto bueno como la cobertura de Medicare de receta de medicamento, su prima mensual de la Parte D de Medicare 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 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 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778).

Prima adicional para los afiliados de Medicare con ingresos más elevados

Importe del ajuste mensual en concepto de ingresos (IRMAA en inglés)

La cantidad de ajuste mensual por ingresos de Medicare (IRMAA) es una cantidad que usted puede pagar adicionalmente a su prima FEHB para inscribirse y mantener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta prima adicional sólo se aplica a las personas con ingresos más elevados y se ajusta en función de los ingresos declarados en su declaración de la renta. Usted no efectúa ningún pago IRMAA a su plan FEHB. Consulte la sección Parte D-IRMAA de la página web de Medicare: https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans a ver si usted podría estar sujeto a esta prima adicional.

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

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

Tabla de Contenido

Introducción 3
Lenguaje Sencillo 3
Detenga el Fraude en el Cuidado de la Salud! 3
La discriminación es contra la ley 5
Evitando Errores Médicos 5
Hechos FEHB 8
Información de Cobertura 8
• Ninguna limitación por condición pre-existente 8
• Cobertura Esencial Minima (MEC) 8
• Estándar de valor mínimo 8
• Donde puede conseguir informacion sobre la inscripción en el Programa FEHB. 8
• Tipos de inscripción disponibles para usted y su familia 8
• Cobertura para miembros de la familia 9
• Ley de Equidad Para los hijos (Children's Equity Act) 10
• Cuando comienzan los beneficios y las primas 11
• Cuando usted se jubila 11
Cuando pierde los beneficios 11
• Cuando termina la cobertura FEHB 11
• Al ocurrir un divorcio 11
• Continuación Temporal de la Cobertura (TCC) por sus siglas en Ingles 12
• Convertir a Cobertura Individual 12
• Seguros de Salud del Mercado 12
Sección 1. Cómo Funciona Este Plan 13
Suers Dechos y Responsabilidades ....-1
Nosotros tenemos disponible una opción de Punto de Servicio (PDS) a miembros del Plan quienes residen en la República de Panamá: 13
Cómo le pagamos a proveedores 13
Sus registros médicos y reclamos son confidenciales 14
Sección 2. Cambios para 2027 15
Cambios para este Plan 15
Aclaraciones 15
Sección 3. Cómo Obtener Servicios 16
Tarjetas de Identificación 16
Donde obtiene cuidado cubiertos 16
Protección de Facturación de Saldo. 16
• Proveedores cubiertos 16
• Centros cubiertos 17
Lo que tiene que hacer para recibir los cuidados de la cobertura 18
• Cuidado Primario 18
• Cuidado de especialidad 18
• Cuidado Transitorio 18
• Si usted está hospitalizado cuando comienza su inscripción 18
Para ciertos servicios usted requiere autorización previa del Plan 19
• Admisión de pacientes para hospitalización 19
• Otros servicios 19
Como solicitar la pre certificación para internarse, o conseguir autorización anticipada para otros servicios 20
• Reclamos de atencion no urgentes 20
• Reclamos de atencion urgentes 21

- Reclamos de atención Concurrente 21
- Admision de emergencia del paciente interno 21
- Cuidado de Maternidad 21
- Si su estadía en el hospital necesita ser prolongada 22
- Si se necesita extender su tratamiento 22

Si no está de acuerdo con nuestra decision del reclamo pre-servicio 22
- Para la reconsideración de un reclamo de atención no urgente 22
- Para la reconsideración de un reclamo de atención urgente 22
- Registrar una apelación con OPM 23

Sección 4. Sus Costos por Servicios Cubiertos....24
Compartimiento de Costo 24
Co-pagos 24
Deducible 24
Coaseguro....25
Si su proveedor rutinariamente renuncia su costo 25
Renuncias 25
Diferencias entre nuestra asignación y la factura....25
Su desembolso máximo para coaseguro de protección catastrófica. 26
Saldo anterior 27
Si le pagamos en exceso....27
Cuando las centros del Gobierno nos facturan....27
Noticia Importante sobre Facturación Sorpresa: Conoce tus beneficios en los Estados Unidos. 27
El Programa Federal de Cuenta de Gastos Flexibles - FSAFEDS....28
Sección 5. Beneficios 29
Sección 6. Exclusiones Generales - Servicios, Medicamentos y Suministros que no Cubrimos 77
Sección 7. Presentando un Reclamo por Servicios Cubiertos 79
Sección 8. El Proceso de Reclamo Disputado 82
Sección 9. Coordinando los Beneficios con Medicare y Otra Cobertura 85
Cuando usted Tiene otra cobertura....85
- TRICARE y CHAMPVA....85
- Compensación de Trabajadores 85
- Medicaid 86

Cuando otras agencias gubernamentales son responsables por su cuidado 86
Cuando otros son responsables por sus lesiones....86
Cuando usted tiene el Programa de Seguro Dental y de la Visión para Empleados Federales (FEDVIP) 86
Pruebas Clínicas....87
Cuando usted tiene Medicare....87
- El Plan Medicare Original (Parte A o Parte B)....87
- Háblenos sobre su Cobertura de Medicare 89
- Contrato Privado con su médico....90
- Medicare Advantage (Parte C) 90
- Cobertura de medicamentos recetados (Parte D) 90

Cuando usted tiene 65 años de edad o más y no tiene Medicare....92
Cuando usted tiene el Plan Original de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos)....93
Sección 10. Definiciones de los Términos Que Usamos en Este Panfleto 94
Índice....98
Resumen de beneficios para el Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá - 2027 99
Información de Tasas para el Plan de Beneficio del Área del Canal de Panamá 2027....102

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) como entidad legal 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 (FEHB por sus siglas en inglés). Se puede comunicar con el Servicio al Cliente llamando al 507-366-1400 en Panamá, y el 1-786-497-0411 en los Estados Unidos, o a través del sitio web www. pcabp.org. 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 es administrado por el Grupo Redbridge con oficinas ubicada en Avenida Andrés Mojica, Calle 77 Este y Vía Porras, Corregimiento de San Francisco Ciudad de Panamá. Además, tenemos oficinas de Servicio al Cliente en The Panama Clinic, Hospiten Paitilla y Centro Médico Caribe (Colon). La frecuencia de atención en cada hospital se ajustará según la demanda y utilización de los servicios.

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 Uno o 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 2027, a menos que aquellos beneficios también se muestren en este panfleto.

OPM negocia beneficios y tarifas para cada plan anualmente. Los cambios de beneficio son efectivos el 1 de enero de 2027, y los cambios están resumidos en la Sección 2. 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 y cada miembro de la familia cubierto "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, le diremos lo que significan.
- Nuestro panfleto y otros panfletos de planes FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudar a comparar planes.

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

- No dé su número de identificación del plan por teléfono o a personas que usted no conoce, excepto su proveedor de cuidado de la 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 de quienes dicen que un artículo o servicio no está generalmente cubierto, pero saben como facturamos para que sea pagado.
- Revise cuidadosamente las explicaciones de declaraciones de beneficio (EOBs) que usted recibe de nosotros.

- Revise de forma periódica su historial de reclamo para cualquier precisión y para asegurarse de que no se le ha facturado por servicios que usted no recibió.
- No le pida a su doctor hacer falsos datos en certificados, facturas, o registros para que nosotros le paguemos por un artículo 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, llama a nuestra Línea Directa de Cumplimiento de Fraude y Abuso al 1-786-345-1889 en Estados Unidos, y al 507-366-1403 en Panamá o enviando un correo electrónico a PCABP-Compliance@redbridge.cc, y explicar la situación.
  - Si nosotros no resolvemos este problema:

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

877-499-7295

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

Presentar informes en la página web es el método deseado para reportar el fraude y asegurar una respuesta en tiempo oportuno.

También puede escribir a:

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

- No mantenga 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 si tiene 26 años o más (a menos que estuvieran discapacitados e incapaces de mantenerse por sí mismos antes de los 26 años).

El plan de salud puede solicitar que un afiliado verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los miembros de la familia que se muestren como cubiertos bajo la inscripción FEHB del afiliado.

- Si usted tiene algunas preguntas acerca de la elegibilidad de un miembro de la familia, 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 Continuación Temporaria de Cobertura (TCC por sus siglas en inglés).
- La representación fraudulenta de los hechos materiales es prohibida en el Plan. Usted puede ser acusado por fraude y su agencia podrá tomar acciones contra usted. Algunos ejemplos de fraude incluyen, falsificar un reclamo para obtener beneficios FEHB, tratar de 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 elegible 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.

La discriminación es contra la ley

Cumplimos con las leyes federales contra la discriminación aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo, o información genética. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética.

Los beneficios de salud descritos en este folleto son consistentes con las leyes aplicables que prohíben la discriminación. Todas las decisiones de cobertura se basarán en estándares y criterios no discriminatorios. El rasgo o rasgos protegidos de una persona, no se utilizará para negar beneficios de salud para artículos, suministros o servicios que de otro modo estén cubiertos y se determine que son médicamente necesarios.

Evitando Errores Médicos

Los errores médicos siguen siendo una causa importante de muerte evitable en los Estados Unidos. Mientras que la muerte es el resultado más trágico, los errores médicos causan otros problemas, tales como incapacidades permanentes, estadías prolongadas en el hospital, períodos de recuperación más largos, e incluso tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también se suman significativamente al coste global de la atención médica. Los organismos de acreditación están exigiendo a los hospitales y a los profesionales de la salud bajo su control que respondan por la calidad de la atención que brindan y la reducción de los errores médicos. Usted también puede mejorar la calidad y la seguridad de sus propios cuidados de la salud y los de su familia obteniendo mayor información y comprendiendo los riesgos que le conciernen. Siga 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 un amigo con usted para ayudarle a tomar notas, 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 farmacéutico una lista de todos los medicamentos y dosis que usted toma, incluyendo medicamentos sin receta y suplementos nutricionales.
- Informe a su médico o farmaceuta acerca de cualquier alergia a medicamentos, alimentos, y otras alergias que usted tenga, por ejemplo al látex.
- 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 farmaceuta.
- Asegúrese que su medicamento es el que el doctor ordenó. Pregunte al farmaceuta 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 farmaceuta si usted tiene algunas preguntas.
- Comprender tanto los nombres genéricos como los nombres comerciales de todos sus medicamentos es importante. Esto ayuda a asegurar que no está recibiendo una sobredosis al tomar el genérico y el de marca del mismo medicamento. También le ayuda a evitar tomar un medicamento al que es alérgico.

3. Obtenga los resultados de cualquier prueba o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo usted obtendrá los resultados de pruebas y procedimientos. Será en persona, por teléfono, por correo o a través del Plan o el portal del Proveedor?

- No asuma que los resultados están bien si no los obtiene cuando los esperaba.Comuníquese con su médico de cabecera y pídale sus resultados.
- Pregunte lo que significan los resultados para su cuidado.

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

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

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, “Quien 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, anestesiólogo, y enfermeras acerca de cualesquiera alergias, reacciones adversas a la anestesia, y cualesquiera medicamentos o suplementos nutricionales que usted está tomando.

Enlaces de Seguridad para Pacientes

Para mayor información sobre seguridad del paciente, sírvase visitar las siguientes páginas:

- www. jointcommission.org/speakup.aspx. El programa sobre seguridad del paciente “Hable sin Reservas” de la Comisión Conjunta.
- www. jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. La Comisión Conjunta ayuda a las organizaciones de salud a mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica que ofrecen.
- www. ahrq.gov/patients-consumers/. 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 ayudarle a escoger proveedores de calidad en cuanto al cuidado de la salud y mejorar la calidad del cuidado que usted recibe.
- https://psnet.ahrq.gov/issue/national-patient-safety-foundation La Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente tiene información sobre cómo garantizar una atención médica más segura para usted y su familia.
- www. bemedwise.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.

Condiciones evitables adquiridas del cuidado de la salud ("Casos de Negligencia Médica")

Al entrar en el hospital para la atención de un problema médico, usted no espera salir con otras lesiones, infecciones u otras condiciones graves que pueden producirse durante su estadía. Aunque algunas de estas complicaciones no puedan evitarse, los pacientes sufren de lesiones o enfermedades que podrían haberse evitado si los médicos o el hospital hubieran tomado las precauciones adecuadas. Algunos errores en la atención médica que son claramente identificables, prevenibles y graves debido a sus consecuencias para los pacientes, pueden indicar un problema importante en la seguridad y la credibilidad de un centro de atención médica. Estas condiciones y errores son a veces llamados "Eventos Indamisibles" (*Never Events*) o "Eventos Graves Reportables" (*Serious Reportable Events*).

Tenemos una política de pago de beneficios que anima a los hospitales a reducir la probabilidad de condiciones adquiridas en el hospital, tales como ciertas infecciones, úlceras de decúbito graves y fracturas, y a reducir los errores médicos que nunca deben suceder. Cuando se produce un evento de este tipo, ni usted ni su plan FEHB incurrirá en costes para corregir el error medico.

No se le facturará por servicios de hospitalización relacionados con el tratamiento de condiciones específicas adquiridas en el hospital o por servicios de hospitalización necesarios para corregir Eventos Inadmisibles, si utiliza nuestros hospitales contratados en la ciudad de Panamá y en la ciudad de Colón de la República de Panamá. Esta política ayuda a protegerlo a usted de errores médicos prevenibles y a mejorar la calidad de la atención que recibe.

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.

- **Cobertura Esencial Minima (MEC)**

  La cobertura de este plan se califica como una cobertura esencial mínima. Por favor visite el sitio web de Servicio de Impuestos Internos (IRS) por sus siglas en ingles, en https://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families/questions-and-answers-on-the-individual-shared-responsibility-provision para mayor información sobre los requerimientos de la cobertura esencial mínima.

- **Estándar de valor mínimo**

  Nuestra cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo del 60% establecido por la ACA. Esto significa que proporcionamos beneficios para cubrir al menos el 60% del costo total permitido de beneficios de salud esenciales. El estándar de 60% es un valor actuarial; los costos que salen de su bolsillo son determinados como se explica en este folleto.

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

  Ver www.opm.gov/healthcare-insurance 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 responder a sus preguntas, brindarle 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;
  - 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, licencia por discapacidad, pensiones, etc también debe contactar a su oficina de empleo o de jubilación.

  Una vez inscrito en su Plan del Programa FEHB, debe comunicarse directamente con su plan de salud para seguir actualizaciones de direcciones y preguntas sobre su cobertura de beneficios.

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

  La cobertura Individual es solo para usted. La cobertura Individuo y Uno es para el afiliado y un familiar elegible. La cobertura familia y individuo es para el afiliado y uno o más miembros elegibles de la familia. Los miembros de la familia incluyen a su cónyuge y sus hijos menores de 26 años, incluidos los niños de crianza temporal autorizados por su agencia de empleo o la oficina de jubilación. En ciertas circunstancias, también puede continuar la cobertura de un hijo discapacitado de 26 años o más que sea incapaz de mantenerse por sí mismo.

Si usted tiene la cobertura Individual, usted puede cambiar su cobertura a Individuo y Uno o 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 cobertura de Individuo y Uno o Individuo y Familia inicia 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 la cobertura a Individuo y Uno o Individuo y Familia 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. El plan de salud puede solicitar que un afiliado verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los miembros de la familia que se muestren como cubiertos bajo la inscripción FEHB del afiliado.

Comuníquese con su oficina de empleo o jubilación si usted desea cambiar de Individual a Individuo y Uno o para Individuo y Familia. Si está asegurado como beneficiario individual y familia, puede ponerse en contacto con nosotros para añadir a un miembro de su familia

Su oficina de empleo o jubilación **no** le notificará cuando un miembro ya no es elegible para recibir beneficios. Favor de informarnos inmediatamente de cambios en el estatus de miembros de su familia, incluyendo su matrimonio, divorcio, anulación, o cuando su hijo alcanza la edad de los 26 años. Le enviaremos una notificación por escrito 60 días antes de cancelar proactivamente la inscripción de su hijo/hija la medianoche en que cumpla 26 años, a menos que su hijo/hija reúna los requisitos para continuar la cobertura porque es incapaz de mantenerse por sí mismo debido a una discapacidad física o mental que comenzó antes de los 26 años.

Si usted o uno de sus familiares está inscrito en un plan de FEHB, usted o ellos no pueden estar inscritos o cubiertos como miembros de la familia por otro inscrito en otro plan de FEHB.

Si usted tiene un Acontecimiento o Evento de Vida (QLE), por sus siglas en inglés - tal como un matrimonio, un divorcio o el nacimiento de un hijo– fuera de la Temporada Abierta de Beneficio Federales, usted puede ser elegible para inscribirse en el Programa FEHB, cambiar su inscripción, o cancelar la cobertura. Para obtener una lista completa de los QLE, visite el sitio web del FEHB en www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. usted necesita ayuda, por favor contacte a su agencia de personal de empleo, oficial de beneficios tribales, oficina de planilla o la oficina de jubilación.

- **Cobertura para miembros de la familia**

Los miembros de la familia que están cubiertos bajo la cobertura de Individuo y Familia son el cónyuge (incluyendo tu cónyuge por un matrimonio de hecho válido de un estado que reconoce los matrimonios) y los hijos, como se detalla. La cobertura de Individuo y Uno es para usted y su cónyuge, o algún otro miembro de la familia que sea elegible, como se detalla.

Hijos naturales, adoptados, e hijastros

Cobertura: Los hijos naturales, adoptados, y los hijastros estarán cubiertos hasta la edad de 26 años.

Hijos de crianza

Cobertura: Los hijos de crianza califican para cubertura hasta que cumplen 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

Cobertura: 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

Cobertura: 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 empleado

Cobertura: Hijos que califican o que tienen seguros de vida que provee su empleador están cubiertos hasta que cumplen 26 años

Los recién nacidos o niños cubiertos solo están asegurados para cuidados rutinarios de atención neonatal durante la parte cubierta de la hospitalización de maternidad de la madre.

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

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

OPM implementa 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 la cobertura de Individuo y Uno o 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 en la cobertura de Individuo y Uno o 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 no tiene cobertura de FEHB, su oficina de empleo lo inscribirá en la cobertura Individuo y Uno o Individuo y Familia, según corresponda, en la opción de plan nacional de menor costo como es determinado por OPM;
- Si tiene una inscripción Individual en un plan de pago por servicio o en una HMO que atiende al área donde viven sus hijos, su oficina de empleo cambiará su inscripción a Individuo y Uno o Individuo y Familia, según corresponda, en el misma opción del mismo plan; o
- Si está inscrito en una HMO que no cubre el área donde viven los niños, su oficina de empleo cambiará su inscripción a Individuo y Uno o Individuo y Familia, según corresponda, en la opción de plan nacional de menor costo según lo determine OPM.

Mientras la orden de la corte/ administrativa esté en vigencia, y usted tenga por lo menos un hijo identificado en la orden que sea aún elegible bajo el Programa FEHB, usted no puede cancelar su inscripción, cambiar a Individual, o cambiar a un plan que no cubra 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. Al igual que no puede cambiar de Individuo y Uno si la corte/ orden administrativa identifica más de un niño. 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. **Si 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 procesados de acuerdo a los beneficios del 2027 de su plan previo u opción. Sin embargo, si** usted ya ha cumplido con el máximo desembolso de gastos en base al plan previo no tendrá que pagar por servicios de gastos compartidos que cubren desde enero 1 hasta el día en el que se hace oficial su nuevo plan**.** Sin embargo, si su plan previo dejó al Programa FEHB al final del 2026, usted está cubierta bajo los beneficios del plan de 2026 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 (por ejemplo, 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 Continuación Temporaria de la Cobertura (TCC), por sus siglas en inglés.

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 la cobertura de equidad de cónyuge o la Continuación Temporal de la Cobertura (TCC), o una póliza de conversión (una póliza individual que no es de FEHB).

- **Al ocurrir un divorcio**

Si está inscrito y su divorcio o anulación es definitivo, su ex cónyuge no puede seguir cubierto como miembro de la familia en su póliza "Individuo y uno" o "Individuo y familia". Debe ponerse en contacto con nosotros para comunicarnos la fecha del divorcio o anulación y solicitarnos que eliminemos a su ex cónyuge. Podemos pedirle una copia de la sentencia de divorcio como prueba. Para cambiar de tipo de inscripción, debe ponerse en contacto con su oficina de empleo o de jubilación. El cambio no se efectúa automáticamente.

Si estuvo casado con un asegurado y su divorcio o anulación es definitivo, usted no podrá seguir cubierto como miembro de la familia bajo la inscripción de su ex conyuge. 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 Temporaria de la 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 información adicional sobre las opciones de cobertura, https://www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events/memy-family/im-separated-or-im-getting-divorced/#url=Health. Nosotros podemos solicitar que usted verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los miembros de la familia que se muestren como cubiertos bajo la inscripción FEHB del afiliado.

- **Continuación Temporal de la Cobertura (TCC) por sus siglas en Ingles**

  Si deja el Servicio Federal, Empleo Tribal o si pierde la cobertura porque ya no califica como miembro de la familia, puede ser elegible para la Continuación de la Cobertura Temporal (TCC). Por ejemplo, puede recibir TCC si no puede continuar con su inscripción en FEHB después de jubilarse, si pierde su empleo federal, o es un hijo con cobertura y cumple los 26 años de edad, independientemente del estado civil, etc.

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

  Inscripción en TCC. Consiga el RI 79-27, que describe TCC por parte de su oficina de jubilados o retirados o de www.opm.gov/healthcare-insurance . Le explica lo que tiene que hacer para inscribirse.

  Alternativamente, usted puede comprar una cobertura a través del seguro de salud del mercado (Health Insurance Marketplace) donde, en función de sus ingresos, usted podría ser elegible para un crédito que reduce sus primas mensuales. Visite www.HealthCare.gov para comparar los planes y ver el costo de su prima, deducible y de su bolsillo antes de decidir inscribirse. Por último, si usted califica para la cobertura bajo otro plan de salud de grupo (por ejemplo, el plan de su cónyuge), es posible que pueda inscribirse en ese plan, siempre y cuando haga la solicitud dentro de los 30 días de haber perdido la cobertura del Programa FEHB.

- **Convertir a Cobertura Individual**

  Si deja el servicio federal o tribal, su oficina de empleo le notificará su derecho a la conversión. Deberá ponerse en contacto con nosotros por escrito en un plazo de 31 días a partir de la recepción de esta notificación. No obstante, si es usted un familiar que pierde la cobertura, la oficina de empleo o de jubilación no se lo notificará. Deberá ponerse en contacto con nosotros por escrito en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que deje de tener derecho a la cobertura.

  Sus prestaciones y tarifas diferirán de las del Programa FEHB; sin embargo, no tendrá que responder a preguntas sobre su salud, no se le impondrá un periodo de espera y su cobertura no estará limitada debido a afecciones preexistentes. Cuando se ponga en contacto con nosotros, le ayudaremos a obtener información sobre la cobertura de prestaciones de salud dentro o fuera del Mercado de Seguros de Salud de la Ley de Asistencia Asequible en su estado. Para obtener asistencia en la búsqueda de cobertura, póngase en contacto con nosotros en el 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.

- **Seguros de Salud del Mercado**

  Si usted desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud de ACA, por favor visite www.healthcare.gov. Este es un sito web proporcionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU que proporciona información actualizada acerca del mercado de seguros de salud.

Sección 1. Cómo Funciona Este Plan

Este Plan es un plan de pago por servicio (PPS). OPM requiere que los planes de FEHB sean acreditados para validar que las operaciones del plan y / o la administración del cuidado cumplen o exceden las normas reconocidas a nivel nacional. Para obtener más información sobre la acreditación de este plan, visite los siguientes sitios: www. aaahc.org. Usted puede elegir sus propios médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Usted puede escoger sus propios médicos, hospitales, y otros proveedores para el cuidado de su salud.

Nosotros le reembolsamos a usted o a su proveedor por sus servicios cubiertos, usualmente basados en un porcentaje del monto que permitimos. El tipo y alcance de los servicios cubiertos, y el monto que permitimos, puede ser diferente de otros planes. Lea los panfletos cuidadosamente.

Las preguntas relacionadas con el tipo de protecciones aplicables pueden ser dirigidas al Departamento de Servicio al Cliente del Plan de Beneficios del área del Canal de Panamá al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. También puede obtener información adicional del Ministerio de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al www. healthcare.gov.

Nosotros tenemos disponible una opción de Punto de Servicio (PDS) a miembros del Plan quienes residen en la República de Panamá:

Nuestro plan de pago por servicio ofrece beneficios PDS. Esto significa que usted obtiene mejores beneficios a menor costo inscribiéndose con nosotros para el programa PDS, seleccionando un médico de cabecera contratado (PCP), por sus siglas en inglés, y permitiendo que el PCP se encargue de su cuidado. Nosotros ofrecemos el programa PDS *solo en La República de Panamá*.

Contáctenos para los nombres de los proveedores PDS y para verificar su continua participación. Usted también puede ir a nuestro sitio web al www. pcabp.org. No llame a OPM o su agencia para nuestro directorio de proveedor.

Los beneficios PPS son los beneficios estándar de este Plan. Los beneficios PDS solo aplican cuando usted usa un proveedor PDS. Las redes de proveedores pueden ser más amplias en algunas áreas que en otras. Nosotros no podemos garantizar la disponibilidad de cada especialidad en todas las áreas. Si usted elige la opción PDS pero elige un proveedor PPS, los beneficios PPS estándares aplican.

Cómo le pagamos a proveedores

PDS Panamá: Hemos contratado doctores, hospitales y proveedores individuales dentro de la República de Panamá para proveerle a usted de todas las necesidades de cuidado de la salud. Estos proveedores PDS han acordado aceptar nuestros precios negociados como pago total. Si usted reside dentro de la República de Panamá y usted escoge la opción PDS y cumple con las obligaciones requeridas bajo esta opción, nosotros le reembolsaremos a los proveedores de punto de servicio directamente por los servicios médicos suministrados a usted. Si usted escoge la opción PDS y el uso de proveedores de punto de servicios, usted usualmente tendrá que pagar sus co-pagos descritos en este panfleto y sus reclamos dentales y de receta de medicamento.

Los Beneficios PDS no se aplican para los servicios que se realizan fuera de la República de Panamá, a menos que se trate de una emergencia médica, o para proveedores que no forman parte la red de proveedores PDS. Aplicaremos el beneficio PPS a los servicios recibidos fuera de la red proveedores PDS.

PPS: Si usted vive en Panamá y escoge la opción de Pago por Servicio (PPS), o si usted vive en cualquier parte fuera de Panamá, usted usualmente tendría que pagar por servicios médicos suministrados a usted y entonces le reembolsaremos de acuerdo a los beneficios descritos en este panfleto. Sin embargo, si el proveedor acepta presentar el reclamo directamente al Plan, él/ella deberá enviar un Formulario de Reclamo completado y las facturas detalladas al **Plan de Beneficios del área del Canal de Panamá c/o** Grupo **Redbridge,PO Box 14490, Coral Gables, Florida 33114 USA** (si los servicios fueron proporcionados en cualquier parte fuera de Panamá) o al Plan de Beneficios del área del Canal de Panamá, a cargo de **El Grupo Redbridge, Avenida Andrés Mojica, Calle 77 Este y Vía Porras, Corregimiento de San Francisco, Cuidad de Panamá.** (si los servicios fueron proporcionados en Panamá). También ofrecemos oficinas de servicio al cliente en hospitales de primer nivel: The Panama Clinic; Hospiten Paitilla; Centro Médico Caribe (Colón). La frecuencia de atención en cada hospital se ajustará según la demanda y utilización de los servicios.

Para reclamos incurridos en los Estados Unidos o cualquier país fuera de Panamá, le reembolsaremos a usted el 50% de la asignación del plan.

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención preventiva suelen estar cubiertos sin gastos compartidos y no están sujetos a copagos, deducibles ni límites anuales cuando se reciben de un proveedor de la red.

Sus Derechos y Responsabilidades

La OPM requiere que todos los planes FEHB proporcionen cierta información a sus miembros FEHB. Usted podrá obtener información acerca de nosotros, nuestras redes, y nuestros proveedores. El sitio web FEHB de OPM (www. opm.gov/insure) lista los tipos específicos de información que nosotros debemos tener disponible para usted. Parte de la información requerida está listada a continuación.

La Asociación de Jubilados del área del Canal de Panamá es una organización legal de empleados jubilados sin fines de lucro, entidad Panameña legalmente constituida en junio de 1999. Antes de esta fecha la Asociación (área del Canal de Panamá) era la Junta de Seguro Colectivo que entró en efecto en 1960 como una entidad nombrada por la Comisión del Canal de Panamá para administrar el Contrato CS1066 de Beneficios de Salud de Empleados Federales (el Plan de Beneficio para el área del Canal de Panamá). Todos los miembros de la Asociación (área del Canal de Panamá) tienen el derecho a revisar los estatutos de la Asociación. Si desea mayor información, sírvase llamar en Panamá a la Asociación de Jubilados del área Canalera (AJAC) al 507-229-3822/3026/4393. También puede escribir a AJAC en Panamá en: Asociación de Trabajadores Jubilados del Canal de Panamá (AJAC), Plaza Comercial San Fernando, Suite 39-40, Ciudad de Panamá, Panamá. También en EE. UU: Asociación de Trabajadores Jubilados del Canal de Panamá (AJAC) a cargo de Grupo Redbridge, P.O. Box 14490 Coral Gables, Florida 33114, EE. UU.

También tiene derecho a una amplia gama de protecciones al consumidor y tiene responsabilidades específicas como miembro de este Plan. Puede consultar la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestro sitio web, www. pcabp.org/members/services-1/plan-brochure.aspx. También puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar que le enviemos una copia por correo.

Por ley, usted tiene derecho a acceder a su información protegida de salud (PHI). Para obtener más información sobre el acceso a la PHI, visite nuestro sitio web Plan de Beneficios para el área Canalera o Panamá Canal Área Benefit Plan en https://pcabp.org/members/privacy-security.aspx para obtener nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar que le enviemos por correo una copia relativa de este aviso.

Sus registros médicos y reclamos son confidenciales

Nosotros mantendremos sus registros médicos y reclamos confidenciales. Nótese que podremos revelar su información médica y reclamos (incluyendo su utilización de receta de medicamento) a cualquiera de sus médicos tratantes o farmacias distribuidoras.

Nosotros protegemos la confidencialidad de la información medica privada, como esta descrita en nuestra actual Notificación de Prácticas de Privacidad Del Plan de Beneficios del área del Canal de Panamá. Puede obtener copia de nuestra Notificación llamándonos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos, o visitando nuestro sitio web al www. pcabp.org.

Sección 2. Cambios para 2027

No confíe únicamente en estas descripciones de cambios; esta Sección no es una declaración oficial de beneficios. Para eso, vaya a la Sección 5 Beneficios. Además, editamos y aclaramos el lenguaje a lo largo del folleto; cualquier cambio de idioma que no se muestra aquí es una aclaración que no cambia los beneficios.

Cambios para este Plan

- Su porción de la prima disminuirá para las coberturas de Individual, Individuo y Uno e Individuo y Familia. Por favor refiérase a la contraportada de este panfleto.
- El plan incluye un deducible de $300 para la cobertura de Individual y de $600 para las coberturas de Individuo y Uno e Individuo y Familia. Véase la sección 4, Sus costos por servicios cubiertos, página 24.
- El límite catastrófico aumenta de $9.200 a $12.000 para la cobertura Individual y de $18.400 a $24.000 para la cobertura Individuo y uno e Individuo y Familia. Consulte la sección 4, Sus costos por servicios cubiertos, página 26.
- **Hospitalización:** El plan aumentará el copago por hospitalización en el punto de servicio (PDS) por admisión de $25 a $100. Véase la sección 5(c). Servicios prestados por un hospital u otro centro, y servicios de ambulancia, página 58.
- **Visita al consultorio de atención primaria:** El Plan aumentará el copago en el punto de servicio (PDS) para las visitas al consultorio de atención primaria de $5 a $10. Véase la sección 5(a). Servicios médicos y suministros proporcionados por médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, página 31.
- **Servicios de urgencias y lesiones accidentales:** El Plan aumentará la participación en los gastos en el punto de servicio (PDS) para los servicios de urgencias y lesiones accidentales de un copago de $5 a $100. Véase la sección 5(d). Servicios de urgencias/accidentes, página 63.
- **Servicios de diagnóstico:** El Plan aumentará la participación en los costos en el punto de servicio (PDS) para los siguientes servicios: los análisis de laboratorio pasarán de un copago de $0 a $10; las radiografías, de un copago de $0 a $20; y otros diagnósticos, como las tomografías computarizadas (TC) y las resonancias magnéticas (RM), pasarán de un copago de $0 a $40. Véase la sección 5(a). Servicios médicos y suministros proporcionados por médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, página 31.
- **Medicamentos con receta:** El Plan aumentará la participación en los costos de los medicamentos GLP-1 utilizados para la pérdida de peso hasta un 50 % de coaseguro. Véase la sección 5(f), Beneficios de medicamentos recetados página 70.
- **Servicios preventivos:** El Plan añade vacunas y servicios preventivos para ajustarse a las recomendaciones obligatorias de USPSTF, HRSA y ACIP.
- **Tratamiento de la obesidad:** El Plan ampliará la cobertura del tratamiento de la obesidad para personas adultas con factores de riesgo cardio metabólicos y un IMC de al menos 27.
- **Modificación de rasgos sexuales:** Los afiliados ya no serán elegibles a excepciones a mitad del tratamiento en el marco del plan

Aclaraciones

- Aclaramos que los servicios de ambulancia estarán cubiertos únicamente en casos de emergencia médica cuando se requiera transporte inmediato. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requerirán autorización previa, y el transporte programado no estará cubierto. Consulte la Sección 5(c).

Sección 3. Cómo Obtener Servicios

Tarjetas de Identificación

Le enviaremos a usted una tarjeta de identificación cuando se inscriba. Usted debe portar su tarjeta de identificación en todo momento. Usted debe mostrarla cuando usted reciba servicios de un proveedor de Plan, o llena una receta en una farmacia del Plan. Hasta que usted reciba su tarjeta de identificación, use su copia del Formulario de Elección de Beneficios de Salud, SF-2809, su confirmación de inscripción de beneficios de salud (para rentistas), o su carta de confirmación del sistema de inscripción electrónica (como el Empleado Expreso).

Si usted no recibe su tarjeta de identificación dentro de 30 días después de la fecha de vigencia de su Inscripción, o si usted necesita reemplazo de tarjetas, llámenos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. También puede usted solicitar reposición de tarjetas a través de nuestro sitio web: www.pcabp.com.pa.

Donde obtiene cuidado cubiertos

Usted puede obtener cuidado de cualquier "proveedor cubierto" o "centro cubierto". Cuanto pagamos -y usted paga- depende del tipo de proveedor o centro cubierto que usted usa. Si usted usa nuestros proveedores preferidos,usted pagará menos.

Protección de Facturación de Saldo.

El plan de salud de FEHB deben tener cláusulas en sus acuerdos de proveedores dentro de la red (participantes). Estas cláusulas establecen que, para un servicio que es un beneficio cubierto en el folleto del plan o para los servicios que se determine que no son médicamente necesarios, el proveedor de la red acuerda eximir de responsabilidad a la persona cubierta (y no puede cobrar) por la diferencia entre el cargo facturado y el monto contratado dentro de la red. Si un proveedor dentro de la red le factura los servicios cubiertos por encima de su costo compartido normal (deducible, copago, coaseguro) comuníquese con el plan de salud para hacer cumplir los términos de su contrato con el proveedor.

- **Proveedores cubiertos**

Consideramos los siguientes como proveedores cubiertos cuando ellos brinden los servicios dentro del alcance de su licencia o certificación:

médicos idóneos o con licencia para ejercer la medicina (M.D.) o un doctor con licencia en osteopatía (D.O.); un especialista con licencia en la especialidad de él/ella; un doctor con licencia en pediatría (D.P.M.); un dentista con licencia (D.D.S. o D.M.D.); quiropráctico con licencia (D.C.); terapeuta de lenguaje u ocupacional físico registrado con licencia, (R.P.T., R.O. T., o R.S.T); un sicólogo clínico calificado, trabajadores sociales clínicos, optometrista, enfermera partera, enfermera practicante/especialista clínica, clínica administrada por escuela de enfermería y nutricionista/dietista autorizados.

Cuando usamos el término 'Doctor,' nos referimos a los siguientes proveedores cuando ellos dan los servicios dentro de su área de certificación.

Doctor – Un doctor con licencia en Medicina (M.D.) u osteopatía (D.O.); un especialista autorizado en la especialidad de él/ella; o para otros ciertos servicios especificados cubiertos por este Plan, un dentista autorizado.

Doctor de Consulta Independiente - Un doctor de consulta independiente es un especialista que:

1. Está certificado por la Junta Americana de Especialistas Médicos en un campo relacionado a la cirugía propuesta;
2. Es independiente del doctor quien primero informó de la cirugía;
3. No realiza la cirugía para la persona asegurada;
4. Hace un examen personal de la persona asegurada; y
5. Envía un informe escrito al Plan.

Médico de Cabecera – un doctor médico autorizado cuya práctica está dedicada a la medicina interna, práctica familiar/general o pediátrica.

Se ofrecen beneficios bajo este plan para los servicios de los proveedores cubiertos, de conformidad con el artículo 2706(a) de la Ley del Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act). La cobertura de los profesionales no está determinada por la designación de su estado como zona médicamente desatendida.

En nuestro directorio de proveedores de la red, que actualizamos periódicamente y ponemos a su disposición en nuestro sitio web, figuran los proveedores cubiertos contratados por la red.

Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los miembros que satisfacen necesidades médicas, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética.

Este plan proporciona coordinadores de atención para enfermedades complejas y se puede contactar con ellos en los teléfonos 507-366-1400 en Panamá, y en Estados Unidos:1-786-497-0411.

- **Centros cubiertos**

Los centros cubiertos incluyen:

Clínica – Un lugar, que no es un hospital, autorizado para proporcionar tratamiento o diagnóstico y con personal de uno o más doctores.

Hospicio – Una agencia u organización pública o privada la cual administra y provee cuidado de hospicio; y está ya sea:

- autorizado o certificado como tal por el estado en el cual está ubicado;
- certificado (o está calificado o pudiese estar certificado) para participar como tal bajo Medicare;
- acreditado como tal por la Comisión Conjunta sobre la Acreditación de Organizaciones al Cuidado de la Salud; o
- cumple con los estándares establecidos por la Organización Nacional de Hospicio.

Hospital – Una facilidad que es:

1. Una institución la cual está acreditada como un hospital bajo el Programa de Acreditación de Hospital de la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones al Cuidado de la Salud o
2. Cualquier otra institución la cual es operada de conformidad con la ley bajo la supervisión de un personal de doctores y con un servicio de enfermería de 24 horas al día, y la cual está primariamente comprometida en proveer:
   - Cuidado y tratamiento general de paciente a personas enfermas o lesionadas a través de centros médicos, de diagnóstico y quirúrgicos de primera, todos los cuales deben ser suministrados en sus instalaciones o bajo su control; o
   - Cuidado y tratamiento médico de paciente interno a personas enfermas o lesionadas a través de centros de diagnóstico (incluyendo rayos X y laboratorio) en sus instalaciones, bajo su control o a través de convenio escrito con un Hospital (según se define arriba) o con un proveedor especializado de aquellos centros o
   - En Panamá, autorizado por el Ministerio de Salud para operar como tal.

En ningún caso el término Hospital incluirá un asilo para convalecientes, o una institución o parte de la misma la cual:

- Es usada principalmente como un centro para convalecientes, centro de descanso, o centro para ancianos;
- Suministra principalmente cuidado domiciliario o de custodia, incluyendo capacitación en rutina de diario vivir; o
- Es operado como una escuela.

Centro de Rehabilitación — Una institución que: (1) cumple la definición de "hospital" según se ha indicado; o (2) proporciona un programa para el tratamiento de escuela o abuso de drogas y cumple uno de los siguientes requisitos: (a) está afiliada con un hospital bajo un convenio contractual con un sistema de referencia de paciente establecido; (b) si es autorizado, certificado o aprobado como una escuela o centro de rehabilitación contra abuso de droga por el Estado; o (c) está acreditado como dicho centro por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones al Cuidado de la Salud.

Centro de Enfermería Especializado — Una institución que (1) es operada de conformidad con la ley y primariamente comprometido en la provisión de los siguientes servicios para pacientes que se recuperan de una enfermedad o lesión; cuarto, alimentación servicio de enfermería de 24 horas al día por enfermeras profesionales; (2) está bajo supervisión de tiempo completo de un doctor o enfermera registrada (R.N.); (3) mantiene registros médicos adecuados; y (4) tiene los servicios de un doctor disponible bajo un convenio establecido por 24 horas al día, si no es supervisado por un doctor.

Lo que tiene que hacer para recibir los cuidados de la cobertura

Depende del tipo de cuidado que usted desea recibir. Usted puede ir a cualquier proveedor que desee, pero nosotros debemos aprobar algún cuidado por adelantado

- **Cuidado Primario**

Si usted se ha inscrito en la opción de Punto de Servicio en Panamá usted debe elegir un médico de cabecera. Su médico de cabecera proveerá o coordinará la mayor parte del cuidado de su salud. Si usted desea cambiar su médico de cabecera llámenos en Panamá al 507-366-1400.

- **Cuidado de especialidad**

Si usted se ha inscrito en la opción de Punto de Servicio en Panamá su médico de cabecera le referirá a usted a un especialista para el cuidado requerido. Usted debe recibir un formulario de referencia por parte de su médico de cabecera y presentarlo al especialista para beneficios de Punto de Servicio a ser aplicable. El especialista debe solicitar y recibir autorización de El Grupo Redbridge antes de realizar consultas y/o tratamientos adicionales.

- **Cuidado Transitorio**

Cuidado de Especialista: Es posible que pueda seguir viendo a su especialista y recibiendo cualquier beneficio POS durante un período de hasta 90 días si está recibiendo tratamiento por una condición crónica o discapacitante y pierde el acceso a su especialista porque:

- Nos damos de baja del Programa de Beneficios de Salud de Empleados Federales (FEHB) y usted se inscribe en otro Plan FEHB, o
- Terminamos nuestro contrato con su especialista por razones distintas a la justa,

Contáctenos en nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos, o si dejamos el Programa, contáctese con su nuevo plan.

Si usted está en el segundo o tercer trimestre de embarazo y usted pierde acceso a su especialista basado en las circunstancias anteriores, usted podrá continuar viendo a su especialista y sus beneficios PDS continuar hasta el final de su cuidado postparto, aunque sea más allá de los 90 días.

Nota: Si pierdes el acceso a tu especialista porque cambiaste tu proveedor o la opción de inscripción de tu plan, contacta a tu nuevo plan.

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

Pagamos por servicios cubiertos desde la fecha de vigencia de su inscripción. Sin embargo, si usted está en el hospital cuando su inscripción en nuestro Plan comienza, llame al Departamento de Servicio al Cliente inmediatamente al 507-366-1400 en Panamá, y el 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. Si usted tiene un nuevo Plan FEHB, nosotros le reembolsaremos a usted por sus servicios cubiertos mientras usted está en el hospital comenzando la fecha de vigencia de su cobertura.

Si usted se cambió de otro plan FEHB a nosotros, su plan anterior pagará por la estadía del hospital hasta que:

- Usted es dado de alta, no simplemente movido a un centro de cuidado alterno;
- El día que sus beneficios de su plan anterior finalicen; o
- El día 92 después que usted se haya tornado miembro de este Plan, cualquiera que ocurra primero.

Estas disposiciones aplican solamente a los beneficios de la persona hospitalizada. Si su plan termina la participación en el FEHB en la totalidad o en parte, o si la OPM ordena un cambio de inscripción, esta continuación de provisión de cobertura no aplica. En dichos casos, los beneficios de los familiares hospitalizados bajo el nuevo plan comienzan en la fecha de vigencia de inscripción.

Para ciertos servicios usted requiere autorización previa del Plan

Los procesos de reclamos pre-servicios para pacientes hospitalizados (llamada pre certificación) y otros servicios están detallados en esta sección. Un **reclamo pre-servicio** es cualquier reclamo, en parte o entero, que requiere la nuestra aprobación anticipada para poder obtener atención medica o servicios médicos. En otras palabras, un reclamo pre-servicio para beneficios (1) requiere pre certificación, aprobación anticipada, o alguna referencia y (2) podría resultar en una reducción de los beneficios si no se obtiene la pre certificación, aprobación anticipada o alguna referencia.

Usted debe obtener aprobación previa para ciertos servicios. De no hacerlo, eso puede limitar nuestro pago por servicios de consulta externa a 50% del monto asignado en el plan y la aplicación de una multa de $500 por gastos de hospitalización.

- **Advertencia:** Reduciremos nuestros beneficios para la estadía de paciente hospitalizado por $500 si nadie nos contacta para la pre-certificación. Si la estadía no es médicamente necesaria, solo pagaremos por servicios o suministros medicos que son pagables a un paciente no hospitalizado.

- **Excepciones** Usted no necesita pre-certificación en estos casos:
  - Usted es admitido a un hospital fuera de los Estados Unidos o Panamá.
  - Usted tiene una póliza de seguro de salud con otro grupo y es el pagador primario para la estadía en el hospital.
  - Su Parte A de Medicare es el pagador primario para la estadía en el hospital. Nota: Si usted agota sus beneficios de hospital de Medicare y no desea usar su días de reserva de por vida de Medicare, entonces nosotros nos tornaremos el pagador primario y usted **si** necesita pre-certificación.

- **Admisión de pacientes para hospitalización** **Pre-certificación** es el proceso por el cual — previo a su hospitalización — nosotros evaluamos la necesidad médica de su estadía propuesta y el número de días requerido para tratar su condición. A menos que seamos engañados por la información dada a nosotros, no cambiaremos nuestra decisión sobre necesidad médica.

  En la mayoría de los casos, su doctor u hospital se encargará de solicitar la pre-certificación. Debido a que usted aún es responsable por asegurarse que su cuidado sea pre-certificado, usted siempre debe pregunarle a su doctor u hospital si ellos nos han contactado.

- **Otros servicios** Debe obtener una pre autorización, para lo siguiente:
  - Todas las cirugías de pacientes hospitalizados o ambulatorias (incluyendo trasplantes de órgano o tejidos) deben ser pre certificadas.
  - Para todos los procedimientos quirúrgicos electivos (no urgentes), podremos requerir una segunda opinión quirúrgica. Si usted dejara de cumplir con este requisito, nosotros limitaremos nuestro pago a 50% de nuestra asignación del Plan para estos cargos de cirugía.

- Para todos en los procedimientos quirúrgicos hospitalarios no relacionados con el diagnóstico original por el cual usted obtuvo pre-certificación, podremos requerir que usted obtenga una segunda opinión quirúrgica. Si usted dejara de cumplir con este requisito, limitaremos nuestro pago a 50% de nuestra asignación del Plan para estos cargos de cirugía si la necesidad médica puede ser determinada.
- Terapia de hormona de crecimiento (GHT por sus siglas en inglés) debe ser preautorizado.
- Equipo Médico Durable (DME por sus siglas en inglés)
- Dispositivos ortopédicos y prostéticos tales como extremidades y ojos artificiales.
- Si los procedimientos designados para el paciente ambulatorio (ver la página 52 para un listado completo) son realizados en una base de paciente interno, nosotros limitaremos nuestro pago a 50% de nuestra asignación del Plan. Sin embargo, si es médicamente necesario que usted sea hospitalizado para el procedimiento quirúrgico, nosotros le pagaremos nuestros beneficios regulares si usted ha pre-certificado su admisión.
- Nosotros requerimos que usted obtenga preautorización tanto en base a paciente interno como paciente externo para procedimientos diagnósticos específicamente designados, no rutinarios que tienen alto costo, implican alta tecnología o que pueden ser sobreutilizados. Estas pruebas incluyen estudio de CAT, MRIs, Estudios de Medicina Nuclear (es decir, Estudios Cardíacos Thallium), ciertas Arteriografías, Estudios Genéticos y otros procedimientos similares. Si usted dejara de cumplir con este requisito, nosotros limitaremos nuestro pago por los servicios para el paciente externo a 50% de nuestra asignación del Plan e impondremos una penalización de $500 para cargos de paciente interno.
- Toda cirugía dental, periodoncia, endodoncia, requiere de aprobación anticipada.

Como solicitar la pre certificación para internarse, o conseguir autorización anticipada para otros servicios

Requerimos que tanto los miembros de Plan PDS como los PPS pre-certifiquen todas la admisiones para evaluar la necesidad médica de su admisión propuesta y el número de días de hospital que usted necesitará.

Primero, Usted, su representante, su médico, o su hospital deben llamarnos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos antes que se admite la persona o se preste algún servicio, se necesita autorización anticipada.

Luego, proporcionar la siguiente información:

- Nombre de la persona inscrita y número de identificación del Plan;
- nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de identificación y número de teléfono;
- motivo de hospitalización, tratamiento propuesto, o cirugía;
- nombre y número de teléfono del médico que admite el paciente;
- nombre del hospital o centro; y
- número de días solicitados para hospitalización.

- **Reclamos de atencion no urgentes**

Para reclamos de atención no urgentes, nosotros le diremos al médico, y/o al hospital, el número de días que han sido aprobados para internarse, o el tipo de cuidado que aprobamos para otros servicios que deben tener autorización anticipada. Tomaremos la decisión dentro de 15 días de haber recibido el reclamo de pre-servicio

Si alguna circunstancia fuera de nuestro control, requiere de una extensión del tiempo, podemos tomar 15 días mas para la revisión y nosotros lo notificaremos si se necesita más tiempo antes de que finalice el plazo inicial de 15 días Nuestra notificación incluirá las circunstancias de la solicitud de tiempo adicional, y la fecha cuando se espera una decisión.

Si necesitamos una extensión porque no hemos recibido la información necesaria, nuestra notificación describirá la información requerida y nosotros permitiremos a usted o a su médico hasta 45 dias del día en que recibió la notificación para suministrar la información.

- **Reclamos de atencion urgentes**

Si tiene un **reclamo de atención urgente** (es decir que esperar el tiempo regular podría poner en peligro su vida, salud o habilidad de recuperar su salud, o que de acuerdo a un medico con conocimiento de su condición, le causaría dolor severo que no se puede manejar sin el tratamiento), nosotros aceleraremos nuestro revisión, y le notificaremos de nuestra decisión dentro de 72 horas. Si solicite que revisaremos su reclamo como un reclamo de atención urgente, revisaremos la documentación que usted suministra y decidiremos si es un reclamo urgente o no aplicando el juicio de agente que posee un conocimiento normal de la salud y la medicina.

Si usted no provee suficiente información, nosotros lo contactaremos dentro de 24 horas después de recibir el reclamo para notificarlo de la información que necesitamos para completar nuestro revisión del reclamo. Tomáremos nuestra decision sobre el reclamo dentro de 48 horas (1) después del momento en que hayamos recibido la información adicional, o (2) al final del tiempo establecido, cual sea el primero.

Nosotros podremos informarle de nuestra decision en forma verbal o por medio electrónico dentro de este tiempo estipulado, pero seguiremos con notificación por escrito o medios electrónicos dentro de tres días de la notificación oral.

Usted puede solicitar que su reclamo de atención urgente apelado sea revisado por nosotros y por la Oficina de Administración de Personal u OPM. Por favor indicarnos si usted desea que su reclamo de atención médica urgente sea revisado por la OPM, ya sea por escrito al momento de apelar nuestra decisión inicial o llamándonos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.

También puede llamar al FEHB 2 de la OPM al (202) 606-3818 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. hora del este, para solicitar la revisión simultánea. Cooperaremos con la OPM para que se pueda revisar su reclamo apelado de forma rápida. Además, si usted no señaló que su reclamo era un reclamo por atención urgentes, sírvase llamarnos al 507-366-1400 en Panamá y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. Si se determina que su reclamo es de atención urgente, agilizaremos nuestra revisión (si es que no hemos respondido aún a su reclamo).

- **Reclamos de atención Concurrente**

Un reclamo de atención concurrente implica atención recibida durante un periodo de tiempo o durante una serie de tratamientos. Vamos a tratar cualquier reducción o terminación de nuestros curso de tratamientos con pre aprobación antes de que finalice el periodo de tiempo o número de tratamientos como una decisión apelable. Esto no incluye la reducción o terminación debido a los cambios de beneficios o si termina su elegibilidad. Si creemos que su reducción o terminación está justificada le daremos tiempo suficiente para apelar y obtener una decisión de nosotros antes de que tome efecto la reducción o terminación.

Si usted solicita una extensión por un tratamiento continuo por lo menos 24 horas antes de la expiración del periodo de tiempo aprobado y esto es también un reclamo de atención urgente, vamos a tomar una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud

- **Admision de emergencia del paciente interno**

Al tener que ser admitido por emergencia, debido a una condición que usted cree que pone en peligro su vida o puede causar daño serio a las funciones de su cuerpo, entonces, su representante, su médico, o el hospital debe llamarnos dentro de dos días laborales después de ser admitido, aun si has sido dado de alto del hospital. Al no llamar al plan, dentro de los dos días laborales, puedan aplicar sanciones- ver *Advertencia* bajo *Admisión de pacientes para hospitalización* al inicio de esta sección, y S*i su estadía en el hospital necesita ser prolongada* en la parte de abajo.

- **Cuidado de Maternidad**

Usted no necesita pre certificación para admisión de maternidad para parto normal. Sin embargo, si su condición médica requiere que usted permanezca más de 48 horas después de parto normal o 96 horas después de cesárea, entonces su doctor o el hospital deben contactarnos para pre-certificación de días adicionales. Además, si su bebé permanece después que usted es dada de alta, su doctor o el hospital deben contactarnos para pre-certificación de días adicionales para su bebé.

Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de hospitalizacion de la madre, el recién nacido es considerado un paciente por derecho propio. Si el recién nacido es elegible para la cobertura, los beneficios médicos o quirúrgicos regulares se aplican en lugar de los beneficios de maternidad.

- **Si su estadía en el hospital necesita ser prolongada**

Si su estadía hospitalaria – incluso para la atención de maternidad- necesita ser extendido, usted y su representante, su medico o el hospital deben solicitar la aprobación de los días adicionales. Si usted permanece en el hospital mas de los días que aprobamos y no obtuvo los pre certificación de los días adicionales, entonces

- Por la admisiones medicamente necesarias, pagaremos beneficios de paciente internado, pero
- Por la parte de la admission que no fue medicamente necesario, pagaremos solo los servicios médicos y suministros que pagaríamos a un paciente no internado, en vez de un paciente internado.

- **Si se necesita extender su tratamiento**

Si usted solicita una extensión de un tratamiento en progreso, por lo menos 24 horas antes de que se venza el tiempo aprobado, y si también es un reclamo urgente, tomaremos una determinación dentro de 24 horas después de recibir el reclamo.

Si no está de acuerdo con nuestra decision del reclamo pre-servicio

Si usted tiene un **reclamo pre-servicio** y no está de acuerdo con nuestra decision en cuanto la pre certificación de la admisión del paciente internado, o la pre aprobación de otros servicios, puedes solicitar una revisión de acuerdo con los procedimientos estipulados abajo. Si sureclamo se refiere a un anticonceptivo, llame al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.

Si ya usted ha recibido el servicio, suministro, o tratamiento, entonces tienes un **reclamo post-servicio** y debes seguir todo el proceso de los reclamos disputados, lo cual esta detallado en la sección 8.

- **Para la reconsideración de un reclamo de atención no urgente**

Dentro de 6 meses de nuestra decision inicial, usted puede solicitar por escrito que reconsideramos nuestra decision inicial. Sigue el Paso 1 del proceso de reclamos disputados lo cual esta detallado en la sección 8 de este panfleto.

En el caso de un reclamo pre-servicio y sujeto a una solicitud de información adicional, tenemos 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud escrito por la reconsideración para

1. Pre certificar su admisión al hospital, o si se aplica hacer los arreglos para que el proveedor de servicios de salud le brinde atención o asegure su solicitud de aprobación previa por un servicio, medicamentos, suministros; o
2. Solicitar a usted o su proveedor más información. Usted o su proveedor debe enviar la información para que podamos recibirla dentro de los 60 días después de nuestra solicitud. Si no lo recibimos dentro de 60 días, decidiremos dentro de 30 días de la fecha en que la información debió haber llegado. Vamos a basar nuestra decision en la información que ya tenemos. Le vamos a escribir para informarle a usted de nuestra decision.
3. Escribirle a usted para reconfirmar nuestro negación.

- **Para la reconsideración de un reclamo de atención urgente**

En el caso de una apelación de un reclamo de atención urgente de pre-servicio, dentro de 6 meses de nuestra decision inicial, usted puede solicitar por escrito que reconsideramos nuestra decision inicial. Sigua el Paso 1 del proceso de reclamos disputados detallados en la Sección 8 de este panfleto.

A menos que se requiera información adicional, nosotros le notificaremos de nuestra decision dentro de 72 horas de haber recibido su solicitud de reconsideración. Agilizaremos el proceso de revisión, la cual permite solicitudes verbales o escritos para apelaciones, y el intercambio de información por teléfono, medios electrónicos, fax, o otros métodos expeditos.

- **Registrar una apelación con OPM** Después de reconsiderar su **reclamo de pre-servicio**, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted podría solicitar a OPM su revisión siguiendo el paso 3 del proceso de reclamos disputados lo cual esta detallado en la sección 8 de este panfleto.

Sección 4. Sus Costos por Servicios Cubiertos

Esto es lo que usted pagará en gastos de bolsillo para su cuidado cubierto:

Compartimiento de Costo

Compartimiento de Costo es el término general usado para referirse a sus desembolsos (es decir, deducibles, coaseguro y co-pagos) por el cuidado cubierto que usted recibe.

Co-pagos

Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga al proveedor, centro, etc., cuando usted reciba ciertos servicios.

Ejemplo: Cuando usted ve un doctor participante usted paga un copago de $10 por visita y cuando usted va a un hospital participante, usted paga $100 por admisión si usted pertenece al plan PDS. Si usted es un miembro PPS, o es un miembro PDS y elije ir a un hospital no participante, usted paga $100 por admisión.

Ejemplo: Cuando acudes a un médico que participa en el plan, pagas un copago de 10 dólares por visita, y cuando acudes a un hospital que participa en el plan, pagas 100 dólares por ingreso.

Nota: Si la cantidad facturada (o la asignación del Plan que proveedores que contratamos han acordado aceptar como pago total) es menos que su copago, usted paga la cantidad más baja.

Deducible

El deducible es una cantidad fija de los gastos cubiertos en los que debe incurrir por ciertos servicios y insumos cubiertos antes de que empecemos a pagar los beneficios correspondientes. Los copagos y los montos de coaseguro no se tienen en cuenta a efectos del deducible. Cuando un servicio o insumo cubierto está sujeto a un deducible, solo la asignación del Plan para dicho servicio o insumo se tiene en cuenta a efectos del deducible.

Dentro de la red (PDS): en una inscripción individual, se considera que el deducible se ha cubierto cuando usted ha completado los gastos aplicados al deducible de su inscripción de $300 por año calendario. En las inscripciones individual más uno e individuo y familia, una vez que se haya alcanzado el deducible anual de $300 para una persona, se pagarán los beneficios cubiertos para dicha persona. Además, todos los deducibles individuales se aplicarán al deducible anual de $600 de las inscripciones individuo más uno o individuo y familia una vez alcanzado ese monto, se pagarán los beneficios para todos los miembros de la familia. Solo la asignación del plan pagada por servicios o suministros de proveedores de la red cuenta para este monto

Fuera de la red (PPS): en una inscripción individual, se considera que el deducible se ha cubierto cuando usted ha completado los gastos aplicados al deducible de su inscripción de $300 por año calendario. En las inscripciones individual más uno e individuo y familia, una vez que se haya alcanzado el deducible anual de $300 para una persona, se pagarán los beneficios cubiertos para dicha persona. Además, todos los deducibles individuales se aplicarán al deducible anual de $600 de las inscripciones individuo más uno o individuo y familia una vez alcanzado ese monto, se pagarán los beneficios para todos los miembros de la familia. Sólo la cobertura del plan pagada por servicios o suministros de proveedores fuera de la red cuenta para este monto.

Si el monto facturado (o la cobertura del plan que los proveedores con los que tenemos contrato han acordado aceptar como pago íntegro) es menos que la porción restante de su deducible, usted pagará el monto menor.

Ejemplo 1: Si el monto facturado es de $100, el hospital tiene un acuerdo con nosotros para aceptar $80 y usted no ha pagado ninguna cantidad para cubrir su deducible del año calendario, deberá pagar $80. Aplicaremos $80 a su deducible. Comenzaremos a pagar las prestaciones una vez que se haya cubierto la porción restante de su deducible del año calendario ($300 por persona).

Nota: Si usted cambia de plan durante la Temporada Abierta y la fecha de vigencia de su nuevo plan es después de 1 de enero del próximo año, usted no tiene que comenzar un nuevo deducible bajo su plan previo entre 1 de enero y la fecha de vigencia de su nuevo plan. Si usted cambia de plan en otro momento durante el año, usted debe comenzar un nuevo deducible bajo su nuevo plan. Si cambia de opción en este plan durante el año, le acreditaremos el monto de los gastos cubiertos que ya se hayan aplicado al deducible de su opción anterior en el deducible de su nueva opción.

Coaseguro

El coaseguro es el porcentaje de nuestra asignación que usted debe pagar por su cuidado. El coaseguro no comienza hasta que usted no cumpla con su deducible por año calendario.

Ejemplo: Los miembros PPS pagan un 50% de coaseguro por todos los servicios médicos.

Si su proveedor rutinariamenteren-uncia su costo

Si su proveedor normalmente renuncia (no requiere que usted pague) sus co-pagos, deducibles, o coaseguros, el proveedor está declarando falsamente la cuota y está violando la ley. En este caso, cuando calculamos nuestra porción, nosotros reduciremos la cuota del proveedor por la cantidad renunciada.

Por ejemplo, en los E.E.U.U., si su proveedor usualmente cobra $100 por un servicio pero normalmente renuncia su 50% de coaseguro, el gasto verdadero es de $50. Nosotros pagaremos $25 (50% del cargo actual de $50).

Renuncias

En algunas instancias, un proveedor de Plan de Beneficio del Área del Canal de Panamá puede pedirle a usted que firme una "renuncia" previa a recibir cuidado. Esta renuncia podrá declarar que usted acepta la responsabilidad por el cargo total por cualquier cuidado que no está cubierto por su plan de salud. Si usted firma dicha renuncia, ya sea que usted sea o no responsable por el cargo total depende de los contratos que el Plan tiene con sus proveedores. Si a usted se le solicita firmar este tipo de renuncia, por favor sepa que, si los beneficios son denegados por los servicios, usted podrá ser legalmente responsable por los gastos afines. Si usted le gustaría más información acerca de renuncias, por favor contáctenos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.

Diferencias entre nuestra asignación y la factura.

Nuestra "Asignación del Plan" es la cantidad que usamos para calcular nuestro pago por servicios cubiertos. Los planes pago por servicio arriban a sus asignaciones de diferentes maneras, de manera que sus asignacionesvarían. Para mayor información acerca de como nosotros determinamos nuestra asignación del Plan, ver la definición de asignación del Plan en la Sección 10.

A menudo, la factura del proveedor es mayor que una asignación del plan de pago por servicio. Ya sea que tenga que pagar o no pagar la diferencia entre nuestra asignación y la factura dependerá del proveedor que usted use.

- **Proveedores PDS** acuerdan limitar lo que le facturarán a usted. Debido a ello, cuando usted use un proveedor PDS, Usted es responsable por el co-pago solamente. He aquí un ejemplo acerca de co-pago: Usted ve un doctor PDS quien cobra $50, pero nuestra asignación es $45. Usted solo es responsable por su cantidad de co-pago. Es decir, usted paga solamente –$5 de nuestro $45 de asignación. Debido al convenio, su doctor PDS no le facturará a usted por los $5 de diferencia entre nuestra asignación y la factura.
- **Los proveedores PPS**, por otro lado, no tienen convenio para limitar lo que le facturarán a usted. Cuando usted use un proveedor PPS, usted pagará su co-seguro–**más** cualquier diferencia entre nuestra asignación y cargos en la factura. He aquí un ejemplo: Usted ve un doctor PPS quien cobra $50 y nuestra asignación es nuevamente $45. Usted es responsable por su co-seguro, así es que usted paga 50% de nuestra asignación de $45 ($22.50). Además, porque no existe convenio entre el doctor PPS y nosotros, el doctor puede facturarle a usted por los $5 de diferencia entre nuestra asignación y la factura.

La siguiente tabla ilustra los ejemplos de cuánto tiene que desembolsar por servicios de un médico PDS vs. un médico PPS. El ejemplo usa nuestro ejemplo de un servicio por el cual el médico cobra $50 y nuestra asignación es $45. En el ejemplo muestra la cantidad que usted paga.

EJEMPLO

Médico PDS

Cargo del Médico: $50

Nuestra asignación La fijamos en: $45

Nosotros pagamos Asignación menos co-pago: $40

Usted debe Coaseguro $5 de co-pago: $5

+Diferencia hasta cargo? No: $0

TOTAL QUE USTED PAGA: $5

EJEMPLO

Médico PPS

Cargo del Médico: $50

Nuestra asignación La fijamos en: $45

Nosotros pagamos 50% de nuestra asignación: $22.50

Usted debe Coaseguro 50% de nuestra asignación: $22.50

+Diferencia hasta cargo? Si: $45

TOTAL QUE USTED PAGA: $27.50

También debe consultar la sección Aviso Importante sobre facturación sorpresa - conozca sus derechos a continuación, que describe sus protecciones contra la facturación sorpresa en virtud de la Ley No Sorpresas.

Su desembolso máximo para coaseguro de protección catastrófica.

El límite de desembolso de su bolsillo o el máximo catastrófico es lo más que usted podría pagar durante el año por su parte en los costos por los servicios para los beneficios de salud esenciales cubiertos por el Plan. Después de que sus (deducibles, copagos y coseguro) alcancen el máximo de gastos de su bolsillo, no tiene que pagar más por servicios cubiertos, con la excepción de ciertos costos compartidos por los servicios a continuación que no cuentan para su máximo de protección catastrófica de gastos de su bolsillo.

Su máximo de gastos de su propio bolsillo por los servicios prestados durante el año calendario 2027 es:

Individual $12,000

Individuo y uno $24,000

Individuo y Familia $24,000

Una persona que se inscriba en el plan " Individuo y uno" y en el plan "Individuo y familia" nunca tendrá que pagar más de lo que se exige para el máximo de gastos de su bolsillo en el plan "Individuo y uno" y en el plan "Individual"

Solo los gastos de bolsillo de los proveedores dentro de la red y los miembros de PPS US cuentan para esos límites.

Los siguientes conceptos no se tienen en cuenta en el cálculo de los gastos de bolsillo o gastos de su bolsillo catastróficos máximos**:**

- Los gastos que se excedan de las asignaciones del Plan y las limitaciones máximas del beneficio;
- Los gastos que excedan los límites del plan para servicios dentales
- Los gastos de los medicamentos no aprobados y los fármacos excluidos;
- Gastos que el miembro paga por servicios no cubiertos;
- Gastos profesionales de médicos u otros profesionales de la salud;
- Cualquier cantidad que el miembro pague porque los beneficios se han reducido por incumplimiento de los requisitos de contención de costos del Plan; y
- El copago de $100 por persona y admisión en concepto de habitación y comida en el hospital en el marco del beneficio FFS.

Saldo anterior

Si usted se cambió a este Plan durante Temporada Abierta de un plan con beneficio de protección catastrófica y la fecha de vigencia del cambio era después del 1 de enero, cualesquiera gastos que usted haya aplicado a ese beneficio de protección catastrófica durante el año anterior será cubierto por su plan previo si son para cuidado que usted recibió en enero antes de su fecha de vigencia de cobertura en este Plan. Si usted ya ha cumplido con su nivel de beneficio de protección catastrófica de su plan previo totalmente, continuará aplicando hasta la fecha de vigencia de su cobertura en este Plan. Si usted no ha cumplido este nivel de gasto en la totalidad, su plan previo primero aplicará sus gastos de desembolso hasta que haya alcanzado el nivel catastrófico y luego aplicar el beneficio de protección catastrófica a gastos de desembolso cubiertos incurridos desde ese punto hasta la fecha de vigencia de su cobertura en este Plan. Su plan previo pagará estos gastos cubiertos de acuerdo a los beneficios de este año; los cambios de beneficio son efectivos el 1 de enero.

Si le pagamos en exceso

Nosotros haremos nuestros mejores esfuerzos para recuperar pagos de beneficio hechos por error pero de buena fe. Reduciremos pagos de beneficio posterior para compensar pagos excesivos.

Por lo general, primero buscaremos la recuperación con el proveedor si le pagamos directamente al proveedor, o de la persona (miembro de la familia cubierto, tutor, padre con custodia, etc.) a quien envió nuestro pago. Está obligado a notificarnos si recibe un pago en exceso de nuestra parte.

Cuando las centros del Gobierno nos facturan

Los Centros del Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa, y el Servicio de Salud India tienen derecho a buscar reembolso de nosotros para ciertos servicios y suministros que le proporcionan a usted o a su familiar. No buscaran más de lo que sus leyes gobernantes le permitan. Usted podrá ser responsable por los cargos de algunos servicios. Para mayor información contacte directamente a la facilidad gubernamental.

Noticia Importante sobre Facturación Sorpresa: Conoce tus beneficios en los Estados Unidos.

La Ley No Sorpresas (NSA) es una ley federal que le brinda protección contra "Facturación Sorpresa" y "Facturación de Saldo" para los servicios de urgencia fuera de la red; los servicios no urgentes fuera de la red proporcionados con respecto a una visita a un centro médico participante; y los servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

Una factura sorpresa es una factura inesperada que se recibe por

• Asistencia de urgencia: cuando el paciente tiene poco o ningún poder de decisión sobre el centro o el proveedor del que recibe la asistencia, o para

• servicios no urgentes proporcionados por proveedores no participantes en relación con visitas de pacientes a centros de salud participantes, o para

•servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes

La facturación del saldo ocurre cuando recibe una factura del proveedor no participante, centro o servicio de ambulancia aérea por la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y la cantidad pagable por su plan de salud.

Su plan de salud debe cumplir con las protecciones de la NSA (por sus siglas en ingles) que lo mantienen inofensivo de facturas sorpresa por reclamos en los Estados Unidos. Consulte Protección de Facturación de Saldo, en la Sección 3, para obtener información sobre cómo el plan lo protege de la facturación del saldo de un proveedor dentro de la red (participante), incluso para reclamos en Panamá.

Para obtener información específica sobre facturación sorpresa, los derechos y protecciones que tiene, y sus responsabilidades vaya a www.pcabp.com.pa o comuníquese con el plan de salud al 507-366-1400 en Panamá y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.

El Programa Federal de Cuenta de Gastos Flexibles - FSAFEDS

- **FSA para el Cuidado de la Salud (HCFSA por sus siglas en inglés) -** Reembolso a un participante de la FSA los gastos de bolsillo elegibles en atención médica (como copagos, deducibles, medicamentos y medicamentos de venta libre, gastos dentales y de la vista, y mucho más) para sus dependientes fiscales y sus hijos adultos (hasta el final del año calendario en el que cumplen 26 años).
- El programa FSAFEDS ofrece reembolso sin papeles para su HCFSA a través de una serie de planes FEHB y FEDVIP. Esto significa que cuando usted o sus proveedores presentan reclamos con su plan FEHB o FEDVIP, el FSAFEDS le reembolsara automáticamente sus gastos de desembolso que sean elegibles, en base a la información del reclamo que reciba de su plan.

Sección 5. Beneficios

Ver página 15 para como cambiaron nuestros beneficios este año y página 99 para un resumen de beneficios. Asegúrese de revisar los beneficios disponibles bajo la opción en la que usted se ha inscrito.

Sección 5(a). Servicios y Suministros Médicos suministrados por Médicos y Otros Profesionales del Cuidado de la Salud....31
- Servicios de tratamiento y Diagnóstico....31
- Servicios TeleSalud....32
- Laboratorio, rayo-X y otras pruebas diagnósticas....32
- Cuidado preventivo, adulto....33
- Cuidado preventivo, niños....37
- Cuidado de Maternidad....38
- Planificación familiar....39
- Servicios de infertilidad....40
- Cuidado de alergia....41
- Terapias de tratamiento....42
- Terapias físicas, ocupacionales y del habla....42
- Servicios de Audición (prueba, tratamiento y suministros)....43
- Servicios de visión (prueba, tratamiento y suministros)....43
- Cuidado del pie....44
- Dispositivos prostéticos y ortopédicos....44
- Equipo médico durable (DME)....45
- Servicios de salud en Casa....46
- Quiropráctico....47
- Tratamientos alternativos....47
- Programa de Cesación del Tabaco....47
- Programa de Manejo de Diabetes....48
- Programa de Manejo de Osteoporosis....48
- Programa de Bienestar....49

Sección 5(b). Servicios de Anestesia y Quirúrgicos suministrados por Médicos y Otros Profesionales al Cuidado de la Salud....50
- Procedimientos Quirúrgicos....50
- Cirugía reconstructiva....53
- Cirugía maxilofacial y oral....54
- Transplantes de tejido/órgano....54
- Anestesia....57

Sección 5(c). Servicios suministrados por un Hospital u Otro Centro, y Servicios de Ambulancia....58
- Hospital para el paciente Interno....58
- Hospital para el Paciente Externo o centro quirúrgico ambulatorio....60
- Beneficios de cuidado extendido/Beneficios de centro de enfermería especializada....60
- Cuidado de Hospicio....61
- Ambulancia (no urgente)....61

Sección 5(d). Servicios de Urgencia/Accidentes....62
- Lesión accidental....63
- Urgencias Médicas....63
- Centro de Cuidado Urgente....64
- Ambulancia....64

Sección 5(e). Beneficio de Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias....65

Servicios Profesionales 65
Diagnósticos 66
Hospital para el paciente interno y otros establecimientos cubiertos 67
Hospital para paciente externo y otros establecimientos cubiertos 67
Sección 5(f). Beneficios para Medicamentos Recetados 68
Medicamentos y suministros cubiertos 69
Medicamentos para Cuidados Preventivos 72
Sección 5(g). Beneficios Dentales 74
Beneficio por lesión accidental 74
Visitas a oficinas 74
Cirugía Dental 74
Periodoncia 75
Endodoncia 75
Lo que no está cubierto 75
Sección 5(h). El Bienestar y Otras Características Especiales 76
Programas de apoyo a la salud 76
Opción de beneficios flexibles 76
Centros de excelencia 76
Resumen de beneficios para el Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá - 2027 99

Sección 5(a). Servicios y Suministros Médicos suministrados por Médicos y Otros Profesionales del Cuidado de la Salud

Puntos de importancia que usted debe tener en mente acerca de estos beneficios:

- Por favor recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones, y exclusiones en este panfleto y son pagaderos solamente cuando nosotros determinamos que son médicamente necesarios.
- Los beneficios PPS son beneficios estándar de este Plan. **Los beneficios PDS aplican solamente cuando usted usa un proveedor PDS**. Cuando no haya disponible proveedor PDS, aplican los beneficios PPS. Bajo los beneficios PPS, Usted debe asumir todos los cargos que exceden a nuestros cargos permitidos.
- El deducible anual es de: $300 por individuo, $600 por Individuo y Uno y $600 de Individuo y Familia (un individuo no debe superar el límite de $300). El deducible anual se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Hemos incluido la indicación "(no aplica deductible)" para indicar cuando no procede el deducible anual.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus Costos por Servicios Cubiertos,* para información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.
- La cobertura y la distribución de los gastos que se indican a continuación corresponden a los servicios prestados por los médicos y otros profesionales de la salud para su atención médica. Consulte la sección 5(c) para conocer el reparto de gastos asociado al centro (es decir, hospital, centro quirúrgico, etc.).
- Si usted está inscrito a la opción PDS en Panamá, usted debe obtener una referencia de su médico de cabecera antes de ver a un especialista. Cuando usted es referido a un especialista, el especialista debe solicitar y recibir la autorización de El Grupo Redbridge antes de hacer consultas adicionales y/o tratamientos.

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Servicios de tratamiento y Diagnóstico	
Servicios profesionales de médicos • En la oficina del médico • Oficina de consultas médicas • Visitas a domicilio del médico	PDS: Copago de $10 por visita al consultorio médico (no aplica deducible) Se aplica un copago de $0 para examen físico rutinario anual. PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US (ver página 94 describiendo como derivamos nuestra asignación PPS US) y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)
Servicios profesionales de médicos • En un centro de cuidado urgente • Examen inicial de un recién nacido • Segunda opinión quirúrgica • n un centro de enfermería especializada	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible)

Servicios de tratamiento y Diagnóstico - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Servicios de tratamiento y Diagnóstico (cont.)	
	PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)
Visita del Médico a Paciente Hospitalizado	PDS: Nada después de los $100 de copago por admisión (No aplica deducible) PPS Panamá: Nada hasta $35 por doctor por día y todos los cargos de allí en adelante (No aplica deducible) PPS US: Nada hasta $35 por doctor por día y todos los cargos de allí en adelante (No aplica deducible)
Servicios TeleSalud	
• Visitas de telesalud donde el paciente se conecta directamente con el proveedor de telesalud utilizando sus propios recursos tecnológicos o • Visitas de telesalud facilitadas a través de un proveedor local	PDS: Copago $10 (al centro de atención de urgencia) (No aplica deducible) PPS: Panamá: todos los cargos (No aplica deducible) PPS: US: todos los cargos (No aplica deducible)
Laboratorio, rayo-X y otras pruebas diagnósticas	
Pruebas, tales como: Laboratorios Diagnósticos • Pruebas de sangre • Análisis de orina • Pruebas de Papanicolau no rutinarias • Patología Rayos X • Electrocardiograma y EEG • Enema de Bario de doble contraste • Mamografías no rutinarias • Rayos X • Ultrasonidos Otros Servicios Diagnósticos • Estudio de CT/CAT Scan • Medicina Nuclear • Resonancia Magnética Nota: Rayos x y otros servicios diagnósticos, requieren una preautorización. Ver como solicitar la pre-autorización para ser admitido o como conseguir autorización anticipada para otros servicios en la página 20	PDS: $10 para laboratorios diagnósticos / $20 para radiografías / $40 para otros servicios de diagnóstico 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 laboratorio o radiólogo PPS, nosotros pagaremos los beneficios PPS por aquellos cargos de laboratorio y rayos-X. Nota: Cualquier análisis de laboratorio, radiografía u otras pruebas diagnósticas realizadas junto con una revisión rutinaria y que no estén incluidas en la lista de servicios preventivos estarán sujetas a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables al afiliado.

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado preventivo, adulto	
Examen Médico de Rutina por su Médico de Cabecera (dos exámenes por año calendario) Nota: Estos exámenes de rutina incluyen: • Corte de uñas de los pies para diabéticos. • Examen digital anual de la próstata (examen rectal) para hombres de 40 años y mas, y • Visitas a nutricionistas o dietistas con licencia con la referencia de su Médico de Cabecera.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: Todos los cargos (No aplica deducible) PPS US: Nada (No aplica deducible)
Una gama completa de pruebas de detección de cuidado preventivo A Y B recomendadas por la Fuera de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force o USPSTF por sus siglas en inglés), tales como: • Total, de colesterol en la sangre una vez cada tres años o perfil de Lipoproteína en ayuna, una vez cada cinco años. • Ultrasonografía- Estudio de Aneurisma Aórtica Abdominal, una entre la edad de 65 y 75, para hombres con historia de fumar. • Estudio de Cáncer Colorectal, incluyendo: - Prueba fecal de sangre oculta, una vez por año. - Examen del recto sigmoideo-cada cinco años comenzando a la edad de 50 años. - Colonoscopia una vez cada diez años comenzando a la edad de 50 años. • Pruebas de detección para el Cáncer de Pulmón-anual Tomografía computarizada de baja dosis para adultos de 55 a 80 años que hayan tenido una historia de fumador de 30 paquetes al año y que actualmente fumen o hayan parado de fumar en los últimos 15 años. • Pruebas de detección de la infección del virus de Hepatitis B. • Pruebas de detección de la infección del virus de Hepatitis C en personas de alto riesgo. • Prueba de detección de infecciones sexualmente transmitidas. • Servicios de detención biométrica, como el índice de masa corporal (IMC) la circunferencia de cintura, presión arterial, glucosa, colesterol y Hemoglobina A1c para los adultos mayores de 18 años cada 3 años. • Terapia nutricional médica y terapia conductual intensiva para la prevención de las comorbilidades relacionadas con la obesidad. • Orientación individual sobre prevención y reducción de riesgos de la salud. • Evaluación de la infección tuberculosa latente en poblaciones con mayor riesgo. Los exámenes de detección incluyen la prueba cutánea de la tuberculina o la liberación de interferón-gama. Nota: Para los pacientes con diabetes, cubrimos hemoglobina A1c cada 6 meses cuando los resultados están dentro de los estándares aceptados y cada 3 meses cuando los resultados son anormales bajo el Programa de Manejo de Diabetes. Ver página 48	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)

Cuidado preventivo, adulto - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado preventivo, adulto (cont.)	
Para una lista completa de pruebas recomendados por la Fuerza de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) por sus siglas en ingles visita el sitio web https ://www. uspreventiveservicestaskforce. org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b- recommendations	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)
Intervenciones de ejercicio para prevenir caídas en adultos de 65 años o más que viven en la comunidad y tienen un mayor riesgo de caídas	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: Nada (No aplica deducible) PPS US: Nada (No aplica deducible)
Prueba de Antígeno Específico de Próstata de Rutina (PSA por sus siglas en ingles) - uno anualmente para hombre de 40 años y mayores	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)

Cuidado preventivo, adulto - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado preventivo, adulto (cont.)	
Los siguientes servicios preventivos están cubiertos en el intervalo de tiempo recomendado en cada uno de los enlaces a continuación: • El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF, por sus siglas en inglés) recomendó exámenes de detección como cáncer, osteoporosis, depresión, diabetes, presión arterial alta, colesterol total en la sangre, VIH y cáncer colorrectal. Para obtener una lista completa de los exámenes, visite el sitio web enhttps ://www. uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/ recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations • Asesoramiento individual en prevención y reducción de riesgos para la salud •Beneficios de la atención preventiva para las mujeres, como pruebas de Papanicolaou, profilaxis de la Gonorrea, medicación para proteger a los recién nacidos, asesoramiento anual para infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y detección de violencia interpersonal y doméstica. Para una lista completa de los beneficios de la atención preventiva para las mujeres visita el sitio web de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) https ://www. hrsa.gov/ womens-guidelines Nota: Aspirina, hierro, vitamina D y ácido fólico con receta médica que satisface el criterio tal como es recomendado por USPSTF por sus siglas en inglés, están cubiertas bajo la Sección 5(f) Beneficios de Medicinas con Receta.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada (No aplica deducible)
Mamografía de rutina - cubierta para mujeres de 35 años o más, según se indica a continuación: • Desde los 35 hasta los 39 años, uno durante este período de cinco años • Desde los 40 a los 64 años, uno por año calendario • A los 65 años o más, uno cada dos años calendario consecutivos Nota: consulte la sección 5 (f) para obtener información sobre medicamentos recomendados para la prevención del cáncer de mama por la USPSTF, por sus siglas en ingles. Para crear su lista personalizada de servicios preventivos vaya a https:// health.govfind/myhealther	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada (No aplica deducible)
Quedan cubiertas las vacunas recomendadas para adultos como parte de la vacunación de rutina por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Una recomendación se considera de uso rutinario si figura en los programas de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para consultar el programa de vacunación actual, visite https ://www. cdc.gov/vaccines/ imz-schedules/index.html	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: No es un beneficio cubierto. Usted pagará todos los cargos facturados. (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)

Cuidado preventivo, adulto - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado preventivo, adulto (cont.)	
Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o radiografía servicio realizado junto con un examen de rutina y no es incluido en la lista de servicios preventivos recomendados, serán sujeto a los copagos, coaseguros y deducible.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: No es un beneficio cubierto. Usted pagará todos los cargos facturados. (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)
El asesoramiento, la detección y la derivación de la obesidad, para aquellas personas que se encuentran en el nivel de factor de riesgo de prevención de la obesidad del USPSTF, así como para los adultos con factores de riesgo cardiometabólico y un IMC de al menos 27, a programas intensivos de nutrición y terapia conductual para la pérdida de peso, asesoramiento o programas centrados en la familia según las recomendaciones A y B del USPSTF se cubren como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera: • Terapia intensiva de nutrición y consejería conductual para perder peso, Debe incluir descripciones de los componentes nutricionales y de la actividad física que respaldan un beneficio integral, la cobertura de medicamentos contra la obesidad y cualquier ajuste necesario a los criterios del paciente para cirugía metabólica. 1.Valoración profesional por salud mental (Endocrinología o cirugía bariátrica si se requiere): Para realizar la valoración inicial y el establecimiento de objetivos. Debe evaluar el estado de salud individual, el historial de peso y el estilo de vida, así como tener en cuenta los objetivos personales de los pacientes, que deben ser realistas y alcanzables con respecto al peso y la salud. A veces, se requiere terapia cognitiva para abordar los pensamientos detrás de algunos patrones de alimentación. 2. Asesoramiento nutricional: incluye educación dietética, incluido el aprendizaje de la planificación y la alimentación consciente. 3. Apoyo y rendición de cuentas: Seguimiento del médico de cabecera y atención domiciliaria. La frecuencia de las visitas varía de un paciente a otro y debe ser a través de la derivación del médico de atención primaria al especialista. Consulte la sección 5(a) para la atención preventiva y la sección 5(f) para los fármacos para el tratamiento de la obesidad. • Programas centrados en la familia cuando se identifiquen médicamente para apoyar la prevención y el tratamiento de la obesidad por parte de un proveedor de la red. Programa de bienestar: apoya la prevención de la obesidad mediante evaluaciones de riesgos para la salud, educación sobre cuidados preventivos y actividades físicas en interiores y al aire libre para llevar un estilo de vida saludable.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: No es un beneficio cubierto. Usted paga todos los cargos facturados (No aplica deducible) PPS US: Nada hasta la asignación del Plan FFS de EE. UU. y cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado. (No aplica deducible)

Cuidado preventivo, adulto - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado preventivo, adulto (cont.)	
Nota: Véase el apartado 5(h). Nuestro programa de bienestar ofrece educación al paciente y apoyo sanitario. Algunos ejemplos de estos servicios son la planificación del alta, la coordinación y el apoyo comunitarios, los servicios locales de asistencia social y la coordinación con los servicios a domicilio. Programa de diabetes: apoya la prevención y la gestión de la obesidad mediante intervenciones de visitas mensuales al médico/especialistas y visitas nutricionales, así como mediante seguimientos de gestión de casos.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: No es un beneficio cubierto. Usted paga todos los cargos facturados (No aplica deducible) PPS US: Nada hasta la asignación del Plan FFS de EE. UU. y cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado. (No aplica deducible)
• Cuando se recetan medicamentos contra la obesidad consulte la Sección 5(f). • Cuando el tratamiento o intervención quirúrgica bariátrica o metabólica está indicada para la obesidad severa, consulte la Sección 5 (b).	
No cubierto: • *Exámenes físicos requeridos para obtener o continuar con el empleo o seguro, asistir a las escuelas o campamentos, exámenes atléticos o viajar.* • *Vacunas, dosis de refuerzo y medicamentos para viajes o exposición relacionada con el trabajo.*	*Todos los cargos*
Cuidado preventivo, niños	
• Visitas de control del niño, exámenes y otros servicios preventivos como descritas en el Bright Future Guidelines proporcionadas por la Academia Americana de Pediatría. Para obtener una lista completa del Bright Future Guidelines de la Academia Americana de Pediatría visita: https://brightfutures.aap.org Para las vacunas preventivas, consulte las recomendaciones que figuran a continuación. • Quedan cubiertas las vacunas infantiles de rutina recomendadas por el calendario del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en ingles) y adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en ingles). Se considera que una recomendación es de uso rutinario si figura en los calendarios de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para consultar el calendario de vacunación actual, visite https ://www. cdc.gov/vaccines/schedules/index. También puede encontrar una lista completa de las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF, por sus siglas en inglés) en línea en https ://www. uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf a-and-b-recommendations	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada. (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada (No aplica deducible)

Cuidado preventivo, niños - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado preventivo, niños (cont.)	
• Exámenes, limitados a: - Exámenes de ambliopía y estrabismo - limitados a uno examen de detección (de 3 a 5 años) - Exámenes realizados el día de las vacunas (desde los 3 años hasta la edad 22) • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, vaya a https://health.gov/myhealthfinder Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o radiografía servicio realizado junto con un examen de rutina y no es incluido en la lista de servicios preventivos recomendados serán sujeto a los copagos, coaseguros y deducible.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada. (No aplica deducible) PPS US: Nada en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre la cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)
Cuidado de Maternidad	
Atención de maternidad (obstétrica) completa, como: • Cuidado prenatal y posparto • Parto Nota: aquí hay algunas cosas a tener en cuenta: • No necesita pre-certificar su parto vaginal; sin embargo tu debe obtener una certificación previa para otras circunstancias, tales como estadías prolongadas para usted y su bebé. • Como parte de su cobertura, tendrá acceso a parteras profesionales certificadas (CPM), enfermeras parteras certificadas (CNM), parteras certificadas (CM), visitas de enfermería a domicilio y especialistas en lactancia certificados durante el periodo prenatal y posparto. Esta cobertura no está disponible en la República de Panamá, salvo en el caso de las visitas de enfermería a domicilio realizadas por una enfermera registrada. • Usted podrá permanecer en el hospital hasta 48 horas después del parto vía vaginal y 96 horas después del parto por cesárea. Nosotros cubriremos una estadía prolongada si es medicamente necesario. • Nosotros cubriremos cuidado rutinario de enfermería del niño recién nacido durante la porción cubierta de la estadía de maternidad de la madre. Nosotros cubriremos otro cuidado de un infante quien requiera tratamiento no rutinario si nosotros cubrimos el infante bajo una cobertura de Individuo y Uno o Individuo y Familia. • La circuncisión está cubierta por los beneficios de cirugía. (Sección 5 (b)). • Nosotros pagamos servicios de cirujano y de hospitalización para servicios no relacionados con cuidados de maternidad, igual que para enfermedad o lesiones. • Los Servicios Hospitalarios están cubiertos en la Sección 5(c) y los Beneficios Quirúrgicos en la Sección 5(b).	PDS: Nada (No aplica deducible para cuidado prenatal) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible para cuidado prenatal) PPS US: Nada en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada (No aplica deducible para cuidado prenatal)

Cuidado de Maternidad - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado de Maternidad (cont.)	
Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de la estancia hospitalaria de la madre, el recién nacido es considerado un paciente por derecho propio. Si el recién nacido es elegible para la cobertura, los beneficios médicos o quirúrgicos regulares se aplican en lugar de los beneficios de maternidad. Además, la circuncisión está cubierta a la misma tarifa que para los beneficios médicos o quirúrgicos regulares	PDS: Nada (No aplica deducible para cuidado prenatal) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible para cuidado prenatal) PPS US: Nada en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada (No aplica deducible para cuidado prenatal)
• Pruebas de detección de anemia por deficiencia de hierro y anemia en mujeres embarazadas asintomáticas. • Pruebas de detección para preeclampsia • Detección de la diabetes gestacional • Detección y orientación para la depresión prenatal y pospartol • Pruebas de detección de bacteriuria para bacteriuria asintomática en cultivo de orina en mujeres embarazadas de 12 a 16 semanas de gestación o en su primera visita prenatal si es después • Apoyo al amamantar y lactancia, suministros y consejería por cada nacimiento Nota: Refiérase a la Sección 5 (a) bajo Equipo Medico Durable para obtener extractores de leche y suministros.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)
Planificación familiar	
Una gama de servicios voluntarios de planificación familiar, sin costos compartidos, que incluye al menos una forma de anticoncepción en cada una de las categorías de las guías respaldadas por HRSA. Esta lista incluye: • Esterilización voluntaria femenina • Esterilización voluntaria masculina • Anticonceptivos implantados quirúrgicamente • Medicamentos anticonceptivos inyectables (tales como Depo provera) • Dispositivos intrauterinos (DIUs) • Diafragmas Nota: Consulte la cobertura adicional de planificación familiar y medicamentos recetados Sección 5(f).	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: Nada, en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada.

Planificación familiar - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Planificación familiar (cont.)	
Nota: Su plan ofrece algún tipo de cobertura de cirugía de esterilización femenina voluntaria sin coste alguno para los afiliados. La prestación anticonceptiva incluye al menos una opción de cada una de las categorías de anticoncepción respaldadas por la HRSA (así como la detección, educación, asesoramiento y seguimiento). Cualquier tipo de cirugía de esterilización femenina voluntaria que a la que no se pueda acceder sin gastos compartidos a través del proceso de excepciones anticonceptivas que se describe a continuación. **Pasos del proceso de excepción:** 1. Puede obtener una copia de nuestro formulario de proceso de excepción visitando nuestro sitio web en pcabp.com.pa o llamándonos al 507-366-1400 en Panamá y1-786-497-0411 en los Estados Unidos. 2. El miembro o proveedor médico debe enviar el formulario de proceso de excepción, junto con un formulario de autorización previa completado y/o una orden de receta médica completada y firmada correctamente, y cualquier otra información médica adicional a pre-authorizations@redbridge.cc. Por favor, indique en el asunto del correo electrónico: "urgente - anticoncepción". Si la información no está completa o falta algún documento, se contactará al miembro y/o al proveedor para solicitar información adicional. Tomaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas. Una vez que hayamos recibido la información sobre la solicitud de excepción suficiente para que podamos tomar una decisión, recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas o el siguiente día hábil. Las solicitudes de excepción relativas a los anticonceptivos no están sujetas a la Sección 8. El Proceso de Reclamo Disputado. Si tiene dificultades para acceder a la cobertura de anticonceptivos u otros servicios de salud reproductiva, puede ponerse en contacto con contraception@opm.gov.	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: Nada, en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada.
No cubierto: • *Reversión de esterilización quirúrgica voluntaria* • *Asesoría y pruebas genéticas que no se muestran como cubiertas*	*Todos los cargos*
Servicios de infertilidad	
El Plan cubre lo siguiente Tecnología de reproducción asistida (TRA), incluido el costo de los medicamentos orales e inyectables asociados a los procedimientos de inseminación artificial: • Inseminación intravaginal (IVI) • Inseminación intracervical (ICI) • Inseminación intrauterina (IIU) Para la fertilización in vitro (FIV), sólo están cubiertos los medicamentos orales e inyectables (véase la sección 5f). Los procedimientos no están cubiertos por el Plan.	PDS: $5 de copago por consulta (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)

Servicios de infertilidad - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Servicios de infertilidad (cont.)	
Nota: El Plan cubre hasta tres (3) ciclos de tratamientos con fármacos para la terapia ART por miembro, por año, cuando se consideren necesarios Por favor refiérase a la Sección 10 para una definición de Infertilidad	PDS: $5 de copago por consulta (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)
No cubierto: • *Servicios de infertilidad después de esterilización voluntaria* • Transferencia de embriones y transferencia intratubárica de gametos (GIFT) en inglés y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) en inglés • Procedimientos de fecundación in vitro (FIV) • *Costo de esperma de donante* • *Costo de huevo de donante*	*Todos los cargos*
Cuidado de alergia	
Consultas de Alergia	PDS: $5 de copago por la consulta (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)
Prueba y tratamiento, incluyendo materiales (tales como suero contra alergia) e inyecciones de alergia	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
No cubierto: • *Prueba de alimento provocativo* • *Desensibilización de alergia sublingual*	*Todos los cargos*

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Terapias de tratamiento	
• Quimioterapia y radiación incluyendo medicamentos usados directamente con el tratamiento de radiación y quimioterapia Nota: Quimioterapia en alta dosis en asociación con trasplantes autólogos de médula ósea está limitada a aquellos trasplantes listados en las páginas 54 y 55. • Diálisis – Hemodiálisis y diálisis peritoneal incluyendo medicamentos usados directamente con el tratamiento de diálisis. • Terapia de Infusión Intravenosa (IV) - Terapia antibiótica de Intravenosa en Casa • Medicamentos inhaladores de base para tratar el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Terapia de hormona de crecimiento (GHT) Nota: La hormona de crecimiento está cubierta bajo beneficio de medicamento recetado. Nota: Sólo cubrimos GHT, quimioterapia, radiación, diálisis, infusión intravenosa (IV), terapia domiciliaria (IV) y antibióticos cuando pre autorizamos los tratamientos. Llame al 507-366-1400 en Panamá y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos para pre-autorización. Le solicitaremos que presente información que establezca que el GHT es médicamente necesario. Nosotros le pediremos que entregue información que establece que el GHT es medicamente necesario. Solamente cubriremos los servicios GHT y los servicios relacionados con GHT y los suministros cuando determinemos que son médicamente necesarios. Solicitenos la pre autorización antes de empezar su tratamiento porque solo cubriremos los servicios GHT que se han reportados después de la fecha en que hemos autorizado el tratamiento.	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
• Las terapias respiratorias y de inhalación incluyen oxígeno, así como los suministros y el alquiler de equipo para administrar el oxigeno requieren pre autorización.	PDS: Nada PPS Panamá: Nada PPS US: Nada
Terapias físicas, ocupacionales y del habla	
La fisioterapia de rehabilitación y la terapia ocupacional se ofrecen en pacientes hospitalizados o ambulatorios. La fisioterapia se limita a los servicios que ayudan al miembro a lograr y mantener el autocuidado y la mejora del funcionamiento en otras actividades de la vida diaria. Nota: Los servicios de rehabilitación cardíaca forman parte de los servicios de fisioterapia y rehabilitación. Nota: Las terapias de rehabilitación se someten a una limitación de visitas combinadas por condición de hasta 40 visitas por persona, por año natural (en el contexto de los pacientes externos/visita al consultorio. Este límite no se aplica a los pacientes hospitalizados), según la autorización del Director Médico del Plan. Nota: Solo cubrimos terapia cuando un médico:	PDS: Nada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá de la asignación del plan y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad cobertura y la cantidad facturada.

Terapias físicas, ocupacionales y del habla - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Terapias físicas, ocupacionales y del habla (cont.)	
1) Ordena el cuidado; 2) Identifica las habilidades profesionales específicas que el paciente requiere y la necesidad médica de servicios calificados; y 3) Indica la cantidad de tiempo que se necesitan los servicios	PDS: Nada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá de la asignación del plan y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad cobertura y la cantidad facturada.
Servicios de Audición (prueba, tratamiento y suministros)	
• Examen de Audición – prueba de estudio audiológico anual • Detección rutinaria, pruebas, evaluaciones diagnósticas y tratamiento para adultos una vez cada cinco años. Para los menores de 21 años, la frecuencia y la técnica pueden variar en función de la edad y el riesgo. Para más información, consulte las directrices Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría (AAP).	PDS: $10 de copago (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de la Asignación del Plan y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. (No aplica deducible) PPS US: 50% de la Asignación del Plan y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.(No aplica deducible)
• Audífonos externos para niños hasta la edad de 10 años una vez cada cinco años. • Audífonos externos para adultos son cubiertos hasta $1,000 ($500 por oído) cada tres años.	PDS: $10 de copago PPS Panamá: 50% de la Asignación del Plan y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada PPS US: 50% de la Asignación del Plan y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada
No cubierto: • *Servicios de Audición que no aparecen cubiertos*	*Todos los cargos*
Servicios de visión (prueba, tratamiento y suministros)	
• Un par de anteojos o lentes de contacto para corregir un impedimento directamente causado por lesión ocular accidental o cirugía intraocular (tal como para cataratas) Nota: Los anteojos o lentes de contacto solamente están cubiertos dentro de un año después de la cirugía intraocular(como cataratas) o después de sufrir una lesión ocular, si los lentes intraoculares insertados durante la cirugía no corrigen su visión.	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
No cubierto: • *Anteojos o lentes de contacto y exámenes para ellos, excepto según se muestra arriba* • *Ortópticos y ejercicios de ojo* • *Queratotomía radial y otra cirugía refractiva*	*Todos los cargos*

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cuidado del pie	
Cuidado de rutina del pie cuando usted está bajo tratamiento activo por una enfermedad vascular periférica o metabólica, como la diabetes.	PDS: $5 de copago 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
No cubierto: • *Corte, recorte o remoción de callos, o el borde libre de uñas del dedo del pie, y tratamiento de rutina de similares condiciones del pie, excepto según se indica arriba.* • *Tratamiento de pie plano estresado o débil o juanetes o espuelas; y de cualquier inestabilidad, desequilibrio o subluxación del pie (excepto para tratamiento quirúrgico)*	*Todos los cargos*
Dispositivos prostéticos y ortopédicos	
• Prótesis de seno usado externamente y sostenes quirúrgicos, incluyendo reposiciones necesarias después de una mastectomía. Nota: Las prótesis de seno de uso externo son limitadas a una por año. • Dispositivos prostéticos internos, tales como articulaciones artificiales, marcapasos, implantes coclear, e implante de seno después de mastectomía. Nota: la prótesis de pene debe ser médicamente necesaria en pacientes masculinos con Cáncer de Próstata y después de una Prostatectomía Radical con disfunción eréctil secundaria, que siguió un tratamiento no invasivo ineficaz (medicamentos, inyecciones y / o dispositivos de vacío), y la disfunción es el resultado de una causa orgánica en lugar de psicógena. Nota: Ver 5 (b) para cobertura de la cirugía que inserta el dispositivo. • Audífonos externos para adultos son cubiertos hasta $1,000 ($500 por oído) cada tres años. • Audífonos externos para niños hasta la edad de 10 años una vez cada cinco años. Nota: Se requiere previa autorización de prótesis.	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
• Extremidades y ojos artificiales • Manga o calcetín protésico Nota: Refiérase a la Sección 5 (a) bajo Equipo Médico Durable para una definición del Plan de Equipo Medico Durable. Contáctenos para una autorización previa. Solo cubriremos el costo regular y acostumbrado del equipo. Usted es responsable de todos los cargos de la cantidad facturada que excedan lo cubierto por el plan.	30% de lo cubierto por el plan y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada.
No cubierto:	*Todos los cargos*

Dispositivos prostéticos y ortopédicos - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Dispositivos prostéticos y ortopédicos (cont.)	
• *Calzados correctivos y ortopédicos, soportes de arco, ortóticos de pie, almohadillas para talón y ventosas para talón* • *Soporte lumbosacral* • *Corsete, bragueros, medias elásticas, medias de soporte, y otros dispositivos de soporte*	*Todos los cargos*
Equipo médico durable (DME)	
El Equipo Medico Durable es equipo y/o suministros que: • Están prescritos por su médico de cabecera (es decir, el médico que esta tratando su enfermedad o lesión • Son médicamente necesarios • Son principal y habitualmente utilizados solo para un propósito médico • Son generalmente útiles sólo para una persona con una enfermedad o lesión; • Están diseñados para un uso prolongado;y • Sirven a un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión Cubriremos el alquiler o compra de equipo médico durable, prescrito a nuestra opción incluyendo la reparación y el ajuste. Los artículos cubiertos incluyen: • Camas de hospital • Muletas • Andadera • Bastón • Monitor de glucosa para todos los pacientes diabéticos • Monitor de presión arterial para todos los pacientes hipertensos • C-PAP • Bi-PAP • Nebulizador • Laringe artificial • Bombas de insulina Nota: Usted debe obtener nuestra autorización previa para todos los DME. Por favor contáctenos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. No todo el equipo estará disponible. Sólo pagaremos por el costo de la opción regular y acostumbrada. Estos servicios no están disponibles en la red de PDS. Usted es responsable de todos los cargos que exceden nuestra cobertura y la cantidad facturada.	30% de lo cubierto por el plan y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada.
Oxígeno; los accesorios y el alquiler del equipo para administrar el oxígeno. Requiere pre autorización.	PDS: Nada PPS Panamá: Nada

Equipo médico durable (DME) - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Equipo médico durable (DME) (cont.)	
	PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada.
Alquiler de extractores de leche y suministros en conjunto con cada nacimiento para los pacientes en periodo de lactancia.	PDS: Nada PPS Panamá: Todos los cargos PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada.
No cubierto: • *Acondicionadores, purificadores, deshumificadores, humificadores o* • *Equipo de ejercicio* • *Montacargas (sillas, asiento o camioneta)* • *Equipamiento de baño* • *Equipos de asistencia para la comunicación, tales como tablones de almacenaje u otras ayudas para la comunicación.* • *Equipo para fines cosméticos* • *Equipo médico durable que no sea aprobado.*	*Todos los cargos*
Servicios de salud en Casa	
40 visitas por año calendario cuando: • Una enfermera registrada (R.N.), enfermera practicante con licencia (L.P.N.), enfermera con licencia vocacional (L.V.N.) o fisioterapista suministra los servicios; • El médico que atiende ordena el cuidado; • El médico identifica las destrezas profesionales requeridas por el paciente y la necesidad médica para servicios especializados; y • El médico indica la duración de tiempo que necesitan los servicios. Nota: Hasta 4 horas de servicios especializados equivale a una visita. Todas los servicios de vistas en casa requieren preautorización.	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 EUA y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada
No cubierto: • *Cuidado de enfermería requerido por, o para la conveniencia de, el paciente o la familia del paciente;* • *Cuidado en casa primariamente para asistencia personal que no incluye un componente médico y no es diagnóstico, terapéutico, o de rehabilitación*	*Todos los cargos*

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Quiropráctico	
Servicios Quiroprácticos –Por un médico o doctor con licencia de medicina quiropráctica para el manejo del dolor, asma, y artritis hasta 10 sesiones de tratamiento por año calendario. • Manipulación de la columna y extremidades • Procedimientos Adicionales tales como ultrasonido, estimulación eléctrica de músculo, terapia vibratoria, y aplicación de compresa fría	PDS: $10 copago por la primera visita en una serie autorizada y todos los cargos por encima de las 10 sesiones de tratamiento. PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada y todos los cargos por encima de las 10 sesiones de tratamiento. PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada y todos los cargos por exceso de las 10 sesiones de tratamiento.
Tratamientos alternativos	
Acupuntura – por un doctor de medicina u osteopatía o profesional de la acupuntura titulado o certificado hasta un máximo de $250 por año calendario.	PDS: $10 copago por la primera visita en una serie autorizada y todos los cargos mayores de $250 de beneficio anual máximo PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada y todos los cargos mayores de $250 de beneficio anual máximo PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada y todos los cargos mayores de $250 de beneficio anual máximo
No cubierto: • *Servicios naturopáticos*	*Todos los cargos*
Programa de Cesación del Tabaco	
• Sesiones de asesoramiento de tabaco (incluye proactivo asesoramiento por teléfono, terapia de grupo y terapia individual). • Medicamentos prescritos sin receta médica (OTC por sus siglas en inglés) y con receta médica, aprobados por la FDA para tratar la dependencia de tabaco.	PDS:Nada en materia de asesoramiento (OTC) y nada para medicamentos con receta y sin receta médica aprobados por la FDA para tratar el tabaquismo. (No aplica deducible) PPS Panamá: Nada en materia de asesoramiento (OTC) por sus siglas en inglés y nada para medicamentos con receta y sin receta médica aprobados por la FDA para tratar el tabaquismo. (No aplica deducible) PPS US: Nada en materia de asesoramiento (OTC) por sus siglas en inglés y nada para medicamentos con receta y sin receta médica aprobados por la FDA para tratar el tabaquismo. (No aplica deducible)

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Programa de Manejo de Diabetes	
El Programa de Manejo de la Diabetes está disponible para los miembros PDS en la República de Panamá únicamente. Los Requisitos de Elegibilidad para el Programa de Manejo de Diabetes: • Diagnostico de Diabetes es establecido mediante el protocolo de diagnóstico de diabetes • Se requiere preautorización para proceder con cualquier tratamiento. Beneficios disponibles a través del Programa de Manejo de Diabetes: • HbA1c sin costo al paciente; cada 6 meses para pacientes con resultados dentro de los estándares aceptados y cada 3 meses para pacientes con resultados anormales. • Determinación anual de perfil lipídico en ayunas, incluyendo: colesterol total, HDL, triglicéridos y LDL • Prueba anual de microalbuminuria • Medicamento para tratar diabetes y sus complicaciones según aprobado específicamente por el Plan (Ver nota abajo) • Las sesiones de asesoramiento y educación proporcionadas por un médico y aprobadas por el Plan, incluyendo un programa multicomponente centrado en la familia y centrado en la obesidad infantil, que forman parte de las intervenciones intensivas en el comportamiento. (asesoramiento sobre cambios de comportamiento para una dieta sana y actividad física • Corte de uña de dedos del pie incluido con un examen médico de rutina cada 6 meses por el médico de cabecera • Glucómetro, lancetas y tiras según sean aprobados por el Plan Nota: Sólo los medicamentos **que aparecen en el formulario del Plan para la diabetes** están cubiertos por este programa. Todos los otros medicamentos elegibles están cubiertos por los beneficios normales de medicamentos con receta del Plan. Vea la Sección 5 (f). Nota: Aunque el Programa de Manejo de la Diabetes es sólo para los miembros PDS, el Plan cubrirá los medicamentos para la diabetes que aparecen en el formulario del Plan al 100% del cargo permitido para los miembros PPS en los EE.UU. y los miembros PPS en la República de Panamá.	PDS: Nada PPS Panamá: Nada para los medicamentos para tratar la diabetes que aparecen listados en el formulario del Plan para diabetes. 100% para todos los otros cargos PPS US: Nada para los medicamentos para tratar la diabetes que aparecen listados en el formulario del Plan para diabetes. 100% para todos los otros cargos
Programa de Manejo de Osteoporosis	
El Programa de Manejo de la Osteoporosis está disponible para los miembros PDS en la República de Panamá únicamente. Los Requisitos de Elegibilidad para el Programa de Manejo de Osteoporosis: • Mujer (65 años de edad o mayores) diagnosticadas con osteoporosis mediante estudio de densidad de hueso • Mujer de 64 años o menos con factores predisponente.	PDS: Nada PPS Panamá: Todos los cargos PPS US: Nada

Programa de Manejo de Osteoporosis - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Programa de Manejo de Osteoporosis (cont.)	
• Pacientes con dolor crónico de parte inferior de la espalda con una historia documentada de este problema y una referencia por su médico de cabecera Beneficios disponibles a través del Programa de Manejo de Osteoporosis: • Estudio anual de la densitometría ósea de hueso para mujeres de 65 y mayores • Estudio anual de la densitometría ósea de hueso comenzando a la edad de 60 para miembros quienes están en riesgo creciente de osteoporosis • Sesiones educativas y asesoramiento provisto por un médico según sea aprobado por el Plan Nota: El Programa de Manejo de la Osteoporosis no está disponible para los miembros PPS en los EE.UU. o los miembros PPS en la República de Panamá. Nota: Los medicamentos elegibles están cubiertos por los beneficios de medicamentos con recetas y sujeto al co aseguro. Vea la Sección 5 (f). Favor referirse a su plan para obtener detalles sobre los beneficios específicos incluidos en el programa de manejo de la osteoporosis.	PDS: Nada PPS Panamá: Todos los cargos PPS US: Nada
Programa de Bienestar	
El programa de bienestar es un beneficio para todo miembro del plan que vive en la República de Panama. El programa de bienestar incluye: • Educación sobre el cuidado preventivo • Participación en el programa de la prevención del agotamiento del cuidador del enfermo • Actividades dentro y fuera de la casa para un estilo de vida saludable • Estudio de riesgo de la salud • Asesoramiento, estrategias de reducción de daños y servicios de apoyo apropiados para víctimas de violencia interpersonal y doméstica. (ver atención preventiva; sección de adultos)· • Servicio de gestión de casos para pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y de cuello uterino. Nota: Todos los miembros que participen en las actividades del progama de bienestar, deberian consultar con su médico de cabecera para que les de recomendaciones, en cuanto el tipo e intensidad de las actividades que puedes hacer.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: Nada (No aplica deducible) PPS US: El servicio no está disponible fuera de Panamá, excepto si paga nada por el acceso a la página web y los servicios preventivos: recomendaciones A y B de WPSI y USPSTF. (No aplica deducible)

Sección 5(b). Servicios de Anestesia y Quirúrgicos suministrados por Médicos y Otros Profesionales al Cuidado de la Salud

Puntos de Importancia que usted debe tener en mente acerca de estos beneficios:

- Por 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.
- Este Plan no tiene deducible de año calendario. Sin embargo, en la mayoría de los casos, tanto los miembros de PPS como PDS se les solicitará compartir los costos de los procedimientos en la forma de un copago o coaseguro.
- El deducible anual es de: $300 por individuo, $600 por Individuo y Uno y $600 por Individuo y Familia (un individuo no debe superar el límite de $300). El deducible anual se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Hemos incluido la indicación "(no aplica deductible)" para indicar cuando no procede el deducible anual.
- Los beneficios PPS son beneficios estándar de este Plan. Los beneficios PDS aplican solamente cuando usted usa un proveedor PDS. Cuando no hay disponible un proveedor PDS, aplican los beneficios PPS. Bajo los beneficios PPS, Usted debe asumir todos los cargos que exceden a nuestros cargos permitidos.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus Costos por Servicios Cubiertos*, para información valiosa acerca de cómo funciona el compartir costos. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.
- Los servicios listados debajo son por los cargos facturados por un médico u otro profesional del cuidado de la salud para su cuidado quirúrgico. Véase la Sección 5(c) por cargos asociados con el centro (es decir, hospital, centro quirúrgico, etc.).
- **USTED DEBE OBTENER PRE-CERTIFICACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. Favor referirse a la información de precertificación mostrada en la Sección 3 para asegurarse qué servicios requieren precertificación.**
- **Ciertos procedimientos quirúrgicos han sido designados como procedimientos ambulatorios.** Favor referirse a la página 52 para una lista de procedimientos.

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Procedimientos Quirúrgicos	
Una amplia gama de servicios, tales como: • Procedimientos operatorios • Tratamiento de fracturas, incluyendo enyesado • Cuidado rutinario pre y post operatorio por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Procedimientos de endoscopía • Procedimientos de biopsia • Extirpación de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (véase Cirugía reconstructiva) • Tratamiento quirúrgico de la obesidad severa (cirugía bariátrica)	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: Para asignaciones del plan ver página 94. .

Procedimientos Quirúrgicos - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Procedimientos Quirúrgicos (cont.)	
• Inserción de dispositivos prostéticos internos. Ver 5(a) –Dispositivos prostéticos y ortopédicos para información de cobertura de dispositivo • Vasectomía • Cirugía de ojo • Tratamientos de quemaduras • Tratamiento quirúrgico de obesidad severa (cirugía baríatrica) –una condición en la cual el individuo pesa 100 libras o 100% más sobre su peso normal de acuerdo a los estándares de empresas aseguradoras; miembros elegibles deben tener la edad de 18 o más y satisfacer los siguientes criterios: - Poseer una obesidad patológica/mórbida con índice de masa corporal (BMI) de por lo menos 35kg/m2 con una o más comorbilidades, o un BMI de 40kg/m2 o más alta y ninguna comorbilidad - Tener una evaluación psiquiátrica - Comprender los riesgos y el cuidado postoperatorio implicado - No tener alguna enfermedad concomitante - Recibir la aprobación de preexamen similar por un consultor colega. Nota: Usted debe pre-certificar todos los procedimientos quirúrgicos. Adicionalmente, requerimos que usted obtenga una segunda opinión quirúrgica para ciertos procedimientos. Si usted está planeando tener una cirugía, por favor llamar nuestro Departamento Médico al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos para pre-certificar y determinar si requerimos o no una segunda opinión para su procedimiento específico. Si usted no pre-certifica u obtiene una segunda opinión requerida para su procedimiento, usted será responsable por el 50%. Usted no paga nada por la segunda opinión quirúrgica si requerimos que la obtenga. Si usted es miembro PDS de Panamá, Usted deberá obtener autorización previa para una segunda opinión o procedimiento quirúrgico a ser realizado fuera de Panamá, antes de salir de Panamá, contactando al Departamento Médico en el 507-366-1400. Nota: para información acerca de anticonceptivos implantados quirúrgicamente, esterilización voluntaria o dispositivos intrauterinos (IUDs), vea la Sección 5(a) Planificación familiar en página 39. Nota: Para los procedimientos quirúrgicos femeninos de planificación familiar, véase Planificación familiar, sección 5(a). . Nota: Para los procedimientos quirúrgicos masculinos de planificación familiar, véase Planificación familiar. Sección 5(a)	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
Cuando procedimientos quirúrgicos múltiples realizados durante la misma sesión operativa añadan tiempo o complejidad del cuidado del paciente, nuestros beneficios son:	PDS: Nada

Procedimientos Quirúrgicos - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Procedimientos Quirúrgicos (cont.)	
• Para el procedimiento primario: - PDS: 100% de la cantidad de la lista de tarifa o - PPS: 50% de la asignación del Plan • Para procedimiento(s) secundario: - PDS: 100% de la mitad de la cantidad de lista de tarifa PDS o - PPS: 50% de la mitad de la asignación del Plan Nota: Procedimientos quirúrgicos múltiples realizados a través de la misma incisión son incidentales a la cirugía primaria. Es decir, el procedimiento no añadirá tiempo o complejidad al cuidado del paciente. No pagamos adicional por procedimientos incidentales.	PDS: Nada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado para procedimiento primario y 50% de la mitad de la asignación del Plan para procedimiento secundario(s); y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US procedimiento primario y 50% de la mitad de la asignación del Plan para procedimiento secundario(s); y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada
No cubierto: • *Reversión de esterilización voluntaria* • *Servicios de un cirujano sustituto, excepto durante angioplastia u otros procedimientos de alto riesgo cuando determinemos que los sustitutos sean médicamente necesarios* • *Tratamiento de rutina de condiciones del pie (Ver Sección 5(a) cuidado del Pie)*	*Todos los cargos*
Hemos designado lo siguiente como procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios. 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: • 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 membrane en el oído) • Biopsia de próstata • Reducción de fractura nasal, abierta o cerrada • Esterilización voluntaria (Ligadura de trompas, Vasectomía) Nota: Toda cirugía, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorias, deberán estar pre autorizadas. Ver página 19.	PDS: Nada cuando el procedimiento es realizado de manera ambulatoria PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entra 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 cuando el procedimiento es realizado de manera ambulatoria Nota: Si cualquiera de los procedimientos designados se realizan en régimen de hospitalización sin nuestra aprobación explícita, aplicaremos una pena de $500 y limitaremos nuestro pago a 50% de la asignación del Plan bajo PDS o PPS Panamá o US.

Procedimientos Quirúrgicos - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Procedimientos Quirúrgicos (cont.)	
Cobertura de hasta dos cirujanos asistentes cuando sea medicamente necesario debido a la complejidad del procedimiento a realizar.	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.
Cirugía reconstructiva	
• Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una condición causada por lesión o enfermedad si: - 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: - Cirugía para producir una apariencia simétrica de los senos; - Tratamiento de cualesquiera complicaciones físicas tales como linfedemas; - prótesis del seno; y sostén quirúrgico y reposiciones (ver Sección 5 (a) cobertura para dispositivos Prostéticos) Nota: Nosotros pagamos por prótesis interno de seno como beneficios de hospital. 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 Nota: Cirugía reconstructiva requiere de preautorización.	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
No cubierto: • *Cirugía cosmética - cualquier procedimiento quirúrgico (o cualquier parte de un procedimiento) realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante un cambio en la forma del cuerpo, excepto la reparación de lesiones accidentales (ver Sección 5(d) Lesiones accidentales)* • *Cirugía para la modificación de rasgos sexuales para tratar la disforia de género*	*Todos los cargos*

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Cirugía maxilofacial y oral	
Procedimientos quirúrgicos orales, limitado a: • 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	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
No cubierto: • *Transplantes e implantes orales* • *Procedimientos que no implican los dientes o sus estructuras de soporte (tales como membrana periodontal, gingival y el hueso alveolar)*	*Todas los cargos*
Transplantes de tejido/órgano	
Estos trasplantes de órganos sólidos y tejidos están cubiertos y están limitados a: • Cornea • Corazón • Corazón/pulmón • Hígado • Páncreas • Pulmón unilateral/bilateral/lobar • Riñón • Riñón-Pancreas • Trasplante autólogo de las células de los islotes del páncreas (como complemento a la pancreatectomía total o casi total) sólo para los pacientes con pancreatitis crónica. • Transplantes intestinal - Instestino delgado aislado - Intestino delgado con el hígado - Intestino delgado con órganos múltiples, tales como el hígado, estómago, y pancreas	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
Transplantes de célula de tallo El Plan extiende su cobertura para los diagnósticos que se indican abajo. Transplantes alogénicos para • Anemia aplásica severa o muy severa • Anemia Falciforme	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

Transplantes de tejido/órgano - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Transplantes de tejido/órgano (cont.)	
• Enfermedades por deficiencias Fagocíticas/Hemofagocíticas (es decir, síndrome de Wiskott-Aldrich) • Enfermedades de inmunodeficiencia distintas a la Inmunodeficiencia combinada severa por sus siglas en inglés SCID (por ejemplo, síndrome de Wiskott-Aldrich, síndrome de Kostmann, leucocitoma) • Hemoglobinopatía • Hemoglobinuria Paroxística Nocturna o PNH por sus siglas en ingles. • Inmunodeficiencia combinada severa • Insuficiencia de médula ósea y trastornos relacionados (es decir, de Fanconi, Paroxismal Hemoglobinuria nocturna, aplasia pura de glóbulos rojos) • Leucemia linfocítica aguda o no linfocítica (es decir, mielogena) • Leucemia linfocítica crónica / Linfoma Linfocítico Pequeño (CLL/ SLL) • Leucemia mieloide aguda • Linfoma Hodgkin con recurrencia (recidivante) • Linfoma No Hodgkin con recurrencia (recidivante) • Mielodisplasia / Síndromes Mielodisplásicos • Neuroblastoma avanzado • Síndrome Linfoproliferativo ligado al cromosoma X • Trastornos mieloproliferativos (MPD por sus siglas en ingles) Transplantes autólogos para: • Amiloidosis • Células tumorosas testiculares, mediastinales, retroperitoneales y tumores de células germiales de ovario • Linfoma de Hodgkin con recurrencia (recidivante) • Linfoma No Hodgkin con recurrencia (recidivante) • Macroglobulinemia de Waldenstrom • Meduloblastoma • Mieloma múltiple • Neuroblastoma • Pineoblastoma	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
Los trasplantes de células sanguíneas o de la médula ósea están limitados a Pruebas Clínicas: Transplantes autólogos para: • Células de Manto (Linfoma no Hodgkin) • Cáncer de ovario epitelial • Cáncer renal infantil de alto riesgo • Cáncer de seno	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

Transplantes de tejido/órgano - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Transplantes de tejido/órgano (cont.)	
• Linfoma agresivo non-Hodgkin (Leucemia de células T maduras/ Linfoma, Linfoma de células T periféricos y Neoplasma Agresivo de Células Dendríticas) • Rabdomiosarcoma infantil • Sarcoma de Ewing de alto riesgo	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
Los mini- trasplantes realizados en un ambiente de pruebas clínicas (no-mieloblativa, condicionamiento de intensidad reducida o RIC por sus siglas en inglés para miembros con uno de los diagnósticos listados abajo), sujeto a la necesidad médica: Consulte otros servicios en la sección 3 para conocer los procedimientos con previa autorización. Transplantes Alogénicos para: • Amiloidosis • Anemia Aplásica severa o muy severa. • Combinación severa de inmunodeficiencia • Fallo de la Médula Ósea y Trastornos Relacionados (por ejemplo, Fanconi, PNH por sus siglas en inglés, Aplasia de Células Rojas Puras) • Hemoglobinopatía • Leucemia linfocítica crónica (por ejemplo, Mielogeno) • Leucemia linfocítica crónica / Leucemia linfocítica de células pequeñas (CLL/ SLL por sus siglas en ingles) • Leucemia Mieloproliferativo Avanzado (MPDs por sus siglas en ingles) • Leucemia Meloide Aguda • Linfoma de Hodgkin avanzado recidivante • Linfoma no Hodgkin avanzado recidivante • Paroxismo Nocturno Hemoglobinuria • Sindrome de Mielodisplasia/Mielodisplasico. Trasplantes autólogos para: • Amiloidosis • Linfoma Avanzado de Hodgkin con recurrencia- (recidivante) • Linfoma Avanzado no Hodgkin con recurrencia- (recidivante) • Mieloma Múltiple • Neuroblastoma	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
Estas células de la médula ósea o células sanguíneas tándem para los trasplantes cubiertos están sujetas a una revisión de la necesidad médica por el Plan. Refiérase a Otros Servicios en la Sección 3 Procedimientos que requieren autorización previa.	PDS: Nada

Transplantes de tejido/órgano - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Transplantes de tejido/órgano (cont.)	
Trasplante Autólogo Tándem para: • Amiloidosis AL • Mieloma múltiple (nuevo y tratado) • Tumores en células germinales recurrente (incluyendo cáncer testicular) Nota: Nosotros cubrimos gastos médicos y de hospital del donante cuando cubrimos al recibidor. Si Usted es miembro PDS de Panamá, Usted deberá obtener autorización previa para una segunda opinión o procedimiento quirúrgico a ser realizado fuera de Panamá, antes de salir de Panamá, contactando al Departamento Médico en el 507-366-1400.	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
No cubierto: • *Pruebas de estudio del donante y gastos de búsqueda de donante, excepto como cubierto anteriormente* • *Implantes de órganos artificiales* • *Transplantes no listado como cubierto*	*Todos los cargos*
Anestesia	
Servicios profesionales suministrados en - • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento ambulatorio del hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Oficina	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible) Nota: Si su proveedor PDS usa un anestesiólogo no participante, pagaremos beneficios PPS por aquellos cargos de anestesia.
No cubierto: • *Anestesia realizada a paciente interno o externo en conjunto con una cirugía o procedimiento no cubierto*	*Todos los cargos*

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.
- El deducible anual es de: $300 por individuo, $600 por inscripción de Individuo y Uno y $600 por inscripción de Individuo y Familia (un individuo no debe superar el límite de $300). El deducible anual se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Hemos incluido la indicación "(no aplica deductible)" para indicar cuando no procede el deducible anual.
- En esta sección un copago de admisión por $100 para miembros PDS y 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. Bajo los beneficios PPS, Usted debe asumir todos los cargos que exceden a nuestros cargos permitidos.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus Costos por Servicios Cubiertos,* para información valiosa acerca de como funciona el costo compartido. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.
- 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).
- Consulte la página 94 para una definición de la asignación del Plan.
- **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 precertificación mostrada en la Sección 3 para estar seguro de qué servicios requieren precertificación.

Descripción de Beneficios	Usted paga
Nota: El deducible del año calendario se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Indicamos "(Sin deducible)" cuando no se aplica.	
Hospital para el paciente Interno	
Cuarto y alimentación, tales como: • Sala, semi-privada, facilidades de cuidado intensivo • Cuidado general de enfermería • Comidas y dietas especiales 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. 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.	PDS: Nada después de $100 por copago de admisión 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 PPS US: $100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos Nota: Cuando usted elija la opción PDS y es readmitido a un hospital participante con el mismo diagnóstico dentro de 30 días de haber sido dado de alta, nosotros renunciaremos al copago de $100 para la readmisión
Otros servicios y suministros de hospital, tales como:	PDS: Nada después de $100 por copago de admisión

Hospital para el paciente Interno - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga
Hospital para el paciente Interno (cont.)	
• 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. Análisis de sangre, suministros y procedimientos de detección para garantizar la bioseguridad de los componentes sanguíneos donados, incluido el análisis del donante. Estos incluyen, pero no se limitan a, grupo sanguíneo, pruebas cruzadas y pruebas de enfermedades infecciosas. • Servicios de vendajes, entablillados, enyesados, y bandeja de esterilización • Suministros y equipo médicos, incluyendo oxigeno • 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. 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 anestesiólogo factura, nosotros pagamos beneficios de cirugía. Nota: Cuando usted elija la opción PDS y es readmitido a un hospital participante con el mismo diagnóstico dentro de 30 días de haber sido dado de alta, nosotros renunciaremos al copago de $100 para la readmisión. Nota: Cualquier medicamento, fármaco, vitamina o suplemento alimenticio que reciba un paciente mientras se encuentra admitido dentro de una instalación médica y sea necesario para el tratamiento de su condición clínica de base, estará cubierto por el beneficio médico, inclusive si el mismo esta considerado bajo una cobertura diferente dentro del beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, o en atención domiciliaria.	PDS: Nada después de $100 por copago de admisión 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 PPS US: $100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos
No cubierto: • *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.*	*Todos los cargos*

Hospital para el paciente Interno - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted paga
Hospital para el paciente Interno (cont.)	
• *Artículos de comodidad personal, tales como teléfono, televisión, servicios de barbería, camas y comidas de huésped* • *Cuidado privado de enfermería* • *Gastos de hospitalización relacionados con una cirugía o procedimiento no cubierto*	*Todos los cargos*
Hospital para el Paciente Externo o centro quirúrgico ambulatorio	
• 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 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.	PDS: $25 copago al centro por cirugías en sala de operaciones y nada por otros servicios 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
No cubierto: • *Hospital o cargos de centros quirúrgicos ambulatorios relacionados con una cirugía o procedimiento no cubierto*	*Todos los cargos*
Beneficios de cuidado extendido/Beneficios de centro de enfermería especializada	
Centro de Enfermería Especializada (SNF): Nosotros cubrimos cuarto semi-privado, alimentación, servicios y suministros en un SNF hasta por 60 días por reclusión cuando: 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	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
Beneficio de cuidado extendido: Cuidado Sub-agudo: Nosotros cubrimos cuarto, alimentación, y servicios de enfermería en general, en un hospital o centro de cuidad sub-agudo, cuando determinamos que es elegible para este cuidado de hospital menos agudo	PDS: Nada PPS: No es un beneficio elegible fuera de la red PDS
No cubierto: Cuidado de Custodia	*Todos los cargos*

Descripción de Beneficios	Usted paga
Cuidado de Hospicio	
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 Director Médico del Plan.	PDS: Nada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la Tarifa PDS y la cantidad facturada. PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US entre nuestra asignación y la cantidad facturada.
No cubierto: • *enfermera independiente* • *servicios de asistencia domiciliaria*	*Todos los cargos*
Ambulancia (no urgente)	
Los servicios de ambulancia están cubiertos exclusivamente en situaciones que cumplan con la definición de una emergencia médica, en las que el traslado inmediato sea necesario para preservar la vida o prevenir un deterioro grave de la condición del paciente. Para los casos que no constituyan una emergencia, el beneficio requiere expresamente una autorización previa. Cualquier servicio de ambulancia utilizado sin la autorización correspondiente obtenida con antelación no será elegible para cobertura. Asimismo, tenga en cuenta que los servicios de ambulancia utilizados únicamente con el propósito de trasladar pacientes para recibir tratamientos programados o planificados, cuando no exista una condición de emergencia, no están cubiertos por el plan, independientemente de la recomendación del proveedor de atención médica o de factores de conveniencia. • Servicio de ambulancia profesional cuando sea médicamente necesario. • Bajo la opción PDS, nosotros pagamos una asignación 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 una asignación 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 una asignación 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. Nota: Bajo los beneficios PPS, nosotros no hacemos distinción entre el uso de ambulancia dentro de o entre provincia. El beneficio asignado por PPS es $100.	PDS: Nada. Todos los cargos luego de una asignación de $100 por uso de ambulancia dentro de la provincia y $200 por uso de ambulancia entre provincia 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 de la asignación de $100. PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. Todos los cargos después de la asignación de $100.

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.
- El deducible anual es de: $300 por individuo, $600 por inscripción de Individuo y Uno y $600 por inscripción de Individuo y Familia (un individuo no debe superar el límite de $300). El deducible anual se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Hemos incluido la indicación "(no aplica deductible)" para indicar cuando no procede el deducible anual.
- 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 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 llamarnos dentro de los siguientes dos días 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 funciona el costo compartido. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.

¿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.

¿Qué es una urgencia médica?

Una urgencia médica es la aparición inesperada y repentina de una condición o lesión que usted cree pone su vida en peligro o provocar lesiones graves, discapacidades y requiere atención médica inmediata. La severidad de la condición como lo revela el diagnóstico del doctor debe ser tal como para requerir normalmente un cuidado de urgencia. Ejemplos de emergencia médica incluyen ataques cardiacos, accidentes cardiovasculares, envenenamientos y perdida de la conciencia o respiración, convulsiones, etc. Es su responsabilidad notificar al Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá en un término de 48 horas del inicio de la visita a la sala de emergencias a: 507-366-1400 en Panamá y 1-786-497-0411 en Estados Unidos.

¿Qué son cuidados no emergente?

Ejemplos de cuidados no emergente son relleno de medicinas, salpullido, resfriado común, dolor de garganta, tos, exámenes físicos, hemorroides, diarrea y rinitis. Estas condiciones deben ser tratadas por un medico de cabecera o en un Centro de Cuidado Urgente. Ver Sección 5(a) bajo servicios de tratamiento y Diagnostico.

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Lesión accidental	
Si usted recibe cuidados por su lesión accidental dentro de 72 horas, nosotros cubrimos: • Servicios de médico y suministros • Servicios de hospital para el paciente externo relacionados Nota: Nosotros pagamos beneficios de Hospital si usted es admitido	PDS: Copago de $100 PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de tarifas PDS y la cantidad facturada
Si usted recibe cuidado por su lesión accidental después de 72 horas, nosotros cubrimos: • Servicios médicos y suministros • Cuidado de cirugía	PDS: $100 de copago por visita a oficina o visita al cuarto de urgencia. 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
Urgencias Médicas	
Servicios y suministros médicos o quirúrgicos para el paciente externo Nota: Si Usted está bajo la opción de Punto de Servicio viajando fuera de Panamá, y necesita atención médica de urgencia, usted estará cubierto al nivel de beneficios de PDS. Servicios médicos recibidos mientras viaje fuera de Panamá por condiciones no lo suficientemente serias para ser clasificadas como urgencias serán reembolsadas según las disposiciones de beneficio PPS. Normalmente, usted tendrá que pagar directamente por servicios médicos brindados a usted fuera de Panamá y luego nosotros le reembolsaremos de acuerdo a los beneficios descritos en este panfleto. Sin embargo, si el proveedor acepta presentar el reclamo directamente al Plan, él/ella deberá enviar un Formulario de Reclamo completado y las facturas detalladas al Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá, c/o Grupo Redbridge, PO Box 14490, Coral Gables, Florida 33114. Los servicios médicos recibidos mientras viaja fuera del área de servicio por condiciones no lo suficientemente serias para ser clasificados como urgencias serán reembolsados bajo las disposiciones de beneficio PPS.	PDS: $100 de copago al centro por visita al consultorio o al cuarto de urgencia 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

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Centro de Cuidado Urgente	
Servicios profesionales de médicos Véase la Sección 5(a) de Servicios de diagnóstico y tratamiento».	PDS: Nada en un Centro de Cuidado Urgente. (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada. (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. (No aplica deducible) Ver Seccion 5(a) bajo Servicios de tratamiento y Diagnostico
Ambulancia	
Nosotros pagamos cargos razonables y acostumbrados hasta por $100 por incidente por uso de ambulancia dentro de la provincia y $200 por uso de ambulancia entre provincia que resulte en una admisión a un hospital o transferencia entre centros médicos, cuando se obtiene una pre-autorización y los servicios son proporcionados por un proveedor que participa en el Plan para servicio de ambulancia. Tratamiento y suministros médicos profesionales (no de primeros auxilios) proporcionados al paciente cuando se autoriza un cargo por servicios de ambulancia, serán reembolsados por el Plan a los cargos razonables e usuales. NOTA: Bajo los beneficios PPS no hacemos distinción entre uso de ambulancia dentro de y entre provincia. El beneficio asignado por PPS es $100. Nota: Ver 5 (c) para el servicio no urgente	PDS: Nada. Todos los cargos luego de una asignación de $100 por uso de ambulancia dentro de la provincia y $200 por uso de ambulancia entre provincia 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 de la asignación de $100. PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada. Todos los cargos después de la asignación de $100.
Ambulancia Aérea 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.	PDS: Nada 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: No es un beneficio elegible

Sección 5(e). Beneficio de Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias

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.
- Sus responsabilidades de costos compartidos no son mayores que para cualquier otra enfermedad o condición.
- Los copagos 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.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus Costos por Servicios Cubiertos,* para información valiosa acerca de como funciona el costo compartido. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.
- Consulte la página 94, para una definición de la asignación del Plan.
- Nuestro personal de enfermería de gestión de casos y el director médico trabajarán con su proveedor de salud mental para desarrollar un plan de tratamiento para usted.
- Si usted está inscrito en la opción PDS en Panamá, debe obtener una referencia de su médico de cabecera antes de ver a un especialista. Cuando usted es referido a un especialista, el especialista debe solicitar y recibir autorización de El Grupo Redbridge antes de cualquier consulta y / o tratamiento adicional.
- Si usted es admitido de urgencia por una condición que usted cree razonablemente que pone su vida en peligro o puede causar graves daños en su función corporal, usted, su representante, el médico o el hospital deben llamar por teléfono dentro de los dos días hábiles siguientes al día en que fue admitido de urgencia, incluso si usted ha sido dado de alta del hospital. **NO HACERLO DARÁ LUGAR A UNA MULTA MÍNIMA DE $500.** Sírvase consultar los datos de pre-certificación que se muestran en la Sección 3 para asegurarse de qué servicios requieren de certificación previa.

Descripción de Beneficios	Usted Paga Después del deducible del año calendario…
Servicios Profesionales	
Cubrimos los servicios profesionales prestados por profesionales con licencia que tratan la salud mental y el consumo de sustancias cuando actúan dentro del marco de su licencia, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, trastornos mentales. Los servicios incluyen: • 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 psiquiátricos apropiado. • Tratamiento y asesoramiento (incluyendo terapias individuales o de grupo)	PDS: Copago de $10 por visita al consultorio médico (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)

Servicios Profesionales - continued on next page

Descripción de Beneficios	Usted Paga Después del deducible del año calendario…
Servicios Profesionales (cont.)	
• Diagnostico y tratamiento del alcoholismo y trastornos en consumo de sustancias, 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 Nota: Cubrimos el 100% de los agentes a base de naloxona y / o no naloxona para el tratamiento de sobredosis de opioides. Consulte la sección 5(f) para los beneficios de medicamentos recetados.	PDS: Copago de $10 por visita al consultorio médico (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada (No aplica deducible) PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada (No aplica deducible)
• Visita del médico a pacientes internos en el hospital	PDS: Nada después de copago de $100 por admisión (No aplica deducible) PPS Panamá: Nada hasta $35 por médico por día, y todos los cargos de allí en adelante. (No aplica deducible) PPS US: Nada hasta $35 por médico y por día, y todos los cargos de allí en adelante. (No aplica deducible)
• Abuso del alcohol: detección y asesoramiento	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: 50% de Tarifa PDS Panamá del monto listado y cualquier diferencia entre la lista de Tarifa PDS y la cantidad facturada. (No aplica deducible) PPS US: Nada, en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)
Diagnósticos	
• Las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un licenciado en salud mental y médico de uso de sustancias. • Las pruebas de diagnostico para pacientes ambulatorios proporcionados y facturados por un laboratorio, hospital u otras facilidades participantes. • Pruebas de diagnostico para pacientes hospitalizados proporcionados y facturados por un hospital u otras facilidades participantes.	PDS:$10 para pruebas de laboratorio / $20 para radiografías / $40 para otros servicios de diagnóstico (CT/CAT Scan, MRI/Medicina Nuclear,etc) 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.

Descripción de Beneficios	Usted Paga Después del deducible del año calendario…
Hospital para el paciente interno y otros establecimientos cubiertos	
Los servicios relacionados con los pacientes internos son suministrados y facturados por un hospital y otro establecimiento cubierto: • Alojamiento y comida, como habitaciones semiprivadas o intensivos, cuidados de enfermería en general, comidas y dietas especiales, y otros servicios hospitalarios.	PDS: Nada después de los $100 de copago por admisión PPS Panamá: 50% del monto listado en la Tarifa PDS Panamá y cualquier diferencia entre la lista de Tarifas PDS y la cantidad facturada PPS US: 50% de los cargos cubiertos
Hospital para paciente externo y otros establecimientos cubiertos	
Los servicios relacionados con los pacientes externos o ambulatiorios son suministrados y facturados por un hospital y otro establecimiento cubierto. • Servicios tales como hospitalización parcial, hogares o centros de rehabilitación, tratamientos residenciales, hospitalización de día completo, o tratamiento ambulatorio intensivo en un establecimiento.	PDS: Nada PPS Panamá: 50% del monto listado en la Tarifa PDS Panamá 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
No cubierto: • *Servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico ni apropiados desde el punto de vista clínico*	*Todos los cargos*

Sección 5(f). Beneficios para Medicamentos Recetados

Cosas importantes 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.
- Los prescriptores deben obtener aprobación/autorización previa para ciertos medicamentos con receta y suministros antes de que aplique la cobertura. La aprobación/autorización previa debe renovarse periódicamente.
- Las leyes federales o estatales impiden que la farmacia acepte los medicamentos que no hayan sido utilizados.
- Se requiere aprobación previa para ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos oncológicos, medicamentos opioides y medicamentos especializados). Los opioides son medicamentos que se usan para tratar el dolor moderado o severo. Disminuyen los efectos de un estímulo doloroso (es decir, codeína, morfina, metadona, oxicodona)
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus Costos por Servicios Cubiertos,* para información valiosa acerca de cómo funciona el costo compartido. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.
- NOTA: El coaseguro de los medicamentos con receta se acumula hasta alcanzar el desembolso de su bolsillo máximo anual de $12,000 para la inscripción individual y de $24.000 para la inscripción individuo y uno y la inscripción individuo y familia.
- El deducible anual es de: $300 por individuo, $600 por inscripción de Individuo y Uno y $600 por inscripción de Individuo y Familia (un individuo no debe superar el límite de $300). El deducible anual se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Hemos incluido la indicación "(no aplica deductible)" para indicar cuando no procede el deducible anual.
- **La exclusión de tratamientos hormonales para la Modificación de Rasgos Sexuales por disforia de género** se refiere únicamente a la modificación química y quirúrgica de los rasgos sexuales de un individuo (incluyendo como parte de los servicios de "transición de género"). **No excluimos la cobertura de clases enteras de productos farmacéuticos**; por ejemplo, los agonistas de GnRH pueden ser prescritos durante la FIV, para la reducción de la endometriosis o fibromas, y para el tratamiento del cáncer o la prevención del crecimiento de cáncer de próstata/tumores.

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

- **¿Quién puede escribir sus recetas?** Un médico o dentista con licencia, y en los estados donde se permite, licencia/proveedores certificados con autoridad prescriptiva que prescriban dentro de su ámbito de práctica, deben prescribir su medicamento.
- **¿Dónde 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.
- **¿Por qué utilizar medicamentos genéricos?:** Los medicamentos genéricos ofrecen una manera económica y segura para satisfacer sus necesidades de medicamentos con receta. Una medicina genérica, es un medicamento con el ingrediente activo comparable al producto de marca en forma dosificada, fuerza, calidad, características de desempeño y uso previsto. Sin embargo, son mercadeados bajo el nombre químico de la marca, pero sin publicidad. Bajo la ley federal, los medicamentos genéricos y de marca deben cumplir con los mismos estándares de seguridad, pureza, fuerza y efectividad. Un medicamento genérico le cuesta a usted menos que la medicina de marca.

- Se dispensará un medicamento genérico equivalente cuando esté disponible, salvo que su médico indique expresamente la necesidad de suministrar la marca comercial específica. Si recibe un medicamento de marca existiendo un medicamento genérico aprobado por la FDA y su médico no ha indicado dispensar según prescripción, usted será responsable de pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y su equivalente genérico.

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Medicamentos y suministros cubiertos	
Usted puede adquirir los siguientes medicamentos y suministros prescritos por un médico en una farmacia: • 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 No cubierto • Medicamentos opioides • Insulina • Los suministros para diabéticos se limitan a: - Agujas y jeringas desechables para la administración de los medicamentos cubiertos 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. Nota: cubrimos el 100%, sin costo compartido de naloxona y / o agentes no basados en naloxona en pacientes con un historial descrito / crónico de abuso de opioides (se requiere receta médica de atención primaria o médico tratante). Nota: Un alimento medicinal está especialmente formulado y procesado para la nutrición enteral de un paciente; está destinado a la gestión dietética para las necesidades médicas terapéuticas o crónicas de los pacientes; proporciona apoyo nutricional específicamente modificado para la gestión dietética de una enfermedad o condición específica determinada por un médico; y se utiliza para un paciente que recibe supervisión médica activa y continua. Los alimentos medicinales son exclusivamente para el tratamiento de los errores innatos del metabolismo EIM, por sus siglas en ingles. Dichos EIM pueden incluir, entre otros, los siguientes • Fenilcetonuria (PKU) • Enfermedad Urinaria Sirope de Arce (MSUD) • Homocistinuria • Trastorno del metabolismo de la leucina • Tironosemia I y II Se requiere pre-autorización	Medicamentos genéricos: PDS: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS Panamá: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS US: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos Medicamentos de marca: PDS: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS Panamá: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS US: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos Nota: Si no existe un medicamento genérico equivalente disponible, igualmente deberá pagar el coaseguro. correspondiente al medicamento de marca.

Medicamentos y suministros cubiertos - continued on next page

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	
Medicamentos para la obesidad: Los siguientes medicamentos con receta aprobados por la FDA para el control de la obesidad son cubiertos para los miembros con un índice de masa corporal (IMC) de 30 o superior. Se requiere pre-autorización. Las recetas deben ser solicitadas por el médico tratante del paciente y se requiere la revisión de una segunda opinión por parte de un endocrinólogo y un nutricionista. • Naltrexona/Bupropión • Orlistat • Fentermina-topiramato	Medicamentos genéricos: PDS: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS Panamá: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS US: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos Medicamentos de marca: PDS: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS Panamá: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS US: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos
Los siguientes medicamentos con receta aprobados por la FDA para el tratamiento de la obesidad están destinados a afiliados con un índice de masa corporal (IMC) de 30 o superior, y a adultos con factores de riesgo cardiometabólicos y un IMC de al menos 27. Se requiere una autorización previa. Las recetas deben ser solicitadas por el médico responsable del paciente y requieren una revisión de segunda opinión por parte de un endocrinólogo y un nutricionista. • Semaglutida • Liraglutida Nota: Si estos medicamentos con receta se utilizan para tratar o controlar la diabetes, se aplicarán las coberturas y los costos habituales del plan para medicamentos con receta.	El 50 % de los gastos, más cualquier gasto no cubierto
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos que figuran en el sitio de la Administración de Recursos y Servicios Salud https ://www. hrsa.gov/womens-guidelines. La cobertura anticonceptiva está disponible sin costo alguno para los miembros del FEHB, bajo la opción PDS y en la opción PPS US. El beneficio de los anticonceptivos incluye al menos una opción de cada una de lascategorías de anticoncepción apoyadas por la HRSA (así como el examen, la educación, el asesoramiento y la atención de seguimiento) Se puede acceder a cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin compartir cargos en el formulario a través del proceso de excepciones a los anticonceptivos que se describe a continuación. Medicamentos de venta libre y recetados aprobados por la FDA para prevenir embarazos no deseados.	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: Nada hasta la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.

Medicamentos y suministros cubiertos - continued on next page

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	
Proceso de excepciones, pasos a seguir: 1. Puede obtener una copia de nuestro formulario de proceso de excepción visitando nuestro sitio web en www. pcabp.orgo llamándonos al 507- 366-1400 en Panamá y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. 2. El miembro o el proveedor médico debe enviar el formulario del proceso de excepción, junto con un formulario de preautorización debidamente llenado y/o una orden de receta médica debidamente completada y firmada detallando la marca del medicamento, el nombre, el genérico, la dosis y las instrucciones pcabp-preauthorizations@redbridge.cc. Favor indicar en el asunto del correo electrónico "urgente-anticonceptivo". Si la información no está completa o falta algún documento, se contactará al miembro y/o el proveedor para solicitar información adicional. Tomaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas. Una vez que hayamos recibido la información suficiente relacionada con la solicitud de excepción para poder emitir una determinación, usted recibirá una respuesta dentro de las 24 horas siguientes o, a más tardar, el siguiente día hábil. Las solicitudes de excepción relacionadas con anticonceptivos no están sujetas a la Sección 8, Proceso de Reclamaciones en Disputa. Si tiene dificultades para acceder a la cobertura de anticonceptivos o a otros servicios de atención de la salud reproductiva, puede comunicarse con: contraception@opm.gov. El reembolso de los anticonceptivos cubiertos de venta libre puede presentarse conforme la sección 7. Nota: Para otros beneficios de planificación familiar, véase la sección 5(a). Nota: Los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados apropiados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco están cubiertos por las Clases y Programas Educativos para Dejar de Fumar de la Sección 5(a).	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: Nada hasta la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.
Los medicamentos aprobados por la FDA y el Plan para la prevención y el tratamiento del cáncer, la anemia aplásica, la anemia falciforme, los medicamentos inhaladores de base para el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el síndrome de mielodisplasia. Nota: Se requiere pre-autorización para los medicamentos que tratan el cáncer, la anemia aplásica,la anemia falciforme y el sindrome de mielodisplasia al 100%	Nada
Medicamentos para la Infertilidad Medicamentos orales e inyectables asociados a los procedimientos de inseminación artificial enumerados en la sección 5(a), bajo Servicios de infertilidad. Nota: El Plan cubre hasta tres (3) ciclos de tratamientos farmacológicos de ART, por miembro, por año, cuando se estime necesario.	Medicamentos genéricos: PDS: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS Panamá: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS US: 20% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos Medicamentos de marca:

Medicamentos y suministros cubiertos - continued on next page

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Medicamentos y suministros cubiertos (cont.)	
	PDS: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS Panamá: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos PPS US: 30% de los cargos más cualesquiera gastos no cubiertos
Medicamentos para Cuidados Preventivos	
Nosotros cubrimos los siguientes medicamentos de cuidado preventivo con clasificación A & B recomendados por la Fuerza de Servicios Preventivos de Estados Unidos United States Preventive Services Task Force o USPSTF (por sus siglas en inglés), con una receta médica por escrito de su médico tratante: • Aspirina para la prevención de preeclampsia o prevenir enfermedades cardiovasculares en hombres con edad entre 45 y 79 años y mujeres de edad 55 a 79 años cuando los beneficios potenciales sopesan el daño potencial. • Tamoxifen y raloxifen para mujeres con alto riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos por el medicamento. • Suplemento de flúor para los infantes desde los 6 meses y para niños hasta los cinco (5) años. • Suplemento de vitamina D en comunidades de adultos mayores de 65 años y más que tengan un alto riesgo de caídas. • Suplemento de ácido fólico para mujeres en capacidad de quedar embarazadas. • Suplemento de hierro en niños con edades de 6 a 12 meses con alto riesgo de anemia por deficiencia de hierro. • Medicamento tópico ocular para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica neonatal.	PDS: Nada (No aplica deducible) PPS Panamá: Medicamentos genéricos: 20% de los cargos más cualquier gasto no cubierto / Medicamentos de marca: 30% de los cargos más cualquier gasto no cubierto. (No aplica deducible) PPS US: Nada en exceso de lo cubierto por el plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra cobertura y la cantidad facturada. (No aplica deducible)
• Medicamentos a base de estatinas con atorvastatina y rosuvastatina como medicamento preventivo para enfermedades cardiovasculares para adultos de 40-75 años de edad sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV). • PrEP (profilaxis previa a la exposición) en adolescentes y adultos con un peso de 35 kg o más sobre el riesgo de VIH. Nota: Debe tener un cuestionario de evaluación del riesgo con su PCP. El PCP debe notificar al Plan que el riesgo de ECV del paciente es de 10% o más dentro de los 10 años. Nota: Los medicamentos preventivos con una recomendación USPSTF de A y B. Estos pueden incluir algunas vitaminas de venta libre, medicamentos de reemplazo de nicotina y aspirina de dosis baja para ciertos pacientes. Para obtener las recomendaciones actuales, visite www. uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index/browse-recommendations	PDS: Nada si lo prescribe un profesional de salud y se despacha en una farmacia de la red. (No aplica deducible) PPS Panamá: Medicamentos genéricos: 20% de los gastos más cualquier gasto no cubierto / Medicamentos de marca: 30% de los gastos más cualquier gasto no cubierto (No aplica deducible) PPS US: Nada si lo prescribe un profesional de salud y se despacha en una farmacia (No aplica deducible)
Los agentes de rescate de opioides están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen con una receta de una farmacia en cualquier forma de venta libre o con receta disponible, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares.	Nada

Medicamentos para Cuidados Preventivos - continued on next page

Descripción de los Beneficios	Usted paga Después del deducible del año calendario…
Medicamentos para Cuidados Preventivos (cont.)	
Para obtener más información, consulte la guía de la FDA en https ://www. fda. gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-during-opioid-overdose. o llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA 1-800-662--HELP(4357) o visite a https ://www. findtreatment.samhsa.gov/	Nada
No cubierto: • *Medicamentos y suministros para propósitos cosméticos* • *Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios no se incluyen en la lista de beneficios cubiertos, incluso si un médico los prescribe o administra, a menos que se muestren como cubiertos.* • *Medicamentos no recetados a menos que se indique específicamente en otros lugares* • *Suministros médicos tales como vendajes y antisépticos.* • *Medicamento no aprobado por la FDA o no equivalente a la FDA*	*Todos los cargos*

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.
- El deducible anual es de: $300 por individuo, $600 por inscripción de Individuo y Uno y $600 por inscripción de Individuo y Familia (un individuo no debe superar el límite de $300). El deducible anual se aplica a casi todos los beneficios de esta sección. Hemos incluido la indicación "(no aplica deductible)" para indicar cuando no procede el deducible anual.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus Costos por Servicios Cubiertos,* para información valiosa acerca de como funciona el costo compartido. También lea la Sección 9 para obtener información acerca de cómo pagar si usted tiene otra cobertura, o si usted tiene 65 años o más.
- 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 para trabajo dental cubierto como resultado de una lesión accidental que usted incurra dentro de 52 semanas después del accidente.

Beneficios dentales	Servicio	
Visitas a oficinas	**Nosotros Pagamos**	**Usted Paga**
La prevención de caries dentales mediante la aplicación de barniz de flúor a los dientes primarios de todos los lactantes y os niños a partir de la edad de la primera erupción dental en centros de atención primaria.	Todos los cargos	Nada
Visitas a oficinas para cuidado preventivo. Mantenimiento de profilaxis oral o periodontal limitado a dos visitas por año calendario.	$20 por visita (No aplica deducible)	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda (No aplica deducible)
Cirugía Dental	**Nosotros Pagamos**	**Usted Paga**
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	**Nosotros Pagamos**	**Usted Paga**
Descamación periodontal y planificación de raíz 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.	$60 por cuadrante	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Endodoncia	**Nosotros Pagamos**	**Usted Paga**
Tratamiento del canal de la raíz, incluyendo: • drenaje de abscesos intra-oral • devitalización • remoción de la pulpa • relleno del canal de la raíz (limitado a 4 canales) 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. Nota: La lista de Tarifa aprobados para Endodoncia incluye rayos X y no hay asignación adicional para rayos X.	$120 por un canal $150 por dos canales $180 por tres canales $210 por cuatro canales	Todos los cargos en exceso a las cantidades del plan listadas a la izquierda
Lo que no está cubierto	**Nosotros Pagamos**	**Usted Paga**
• *Realineación de los dientes (ortodoncia) o tratamiento para propósitos cosméticos* • *Reparación de cavidades* • *Reparación o reemplazo de dientes excepto como cubierto anteriormente* • *Incidentes de masticación* • *Extracciones de dientes no especificado según cubierto anteriormente* • *Rayos X (la lista de precios incluye los rayos X)* • *Cirugía dental que no sean aquellas específicamente descritas anteriormente* • *Cirugía dental, aplicaciones y ajuste de oclusión debido al síndrome de articulación temporomandibular (TMJ)*	*Nada*	*Todos los cargos*

Sección 5(h). El Bienestar y Otras Características Especiales

Característica especial	Descripción
Programas de apoyo a la salud	El Plan de Beneficio del Área del Canal de Panamá ofrece a los pacientes programas de apoyo de educación y salud para las post-hospitalización y conservación de la salud en Panamá. Ejemplos de estos servicios pueden incluir planificación de la salida del hospital, coordinación con el apoyo de la comunidad, servicios de trabajo social local y coordinación de los servicios de cuidado en el hogar. Llame al equipo de Servicio al Cliente en Panamá al 507-366-1400 para saber que programas están disponibles
Opción de beneficios flexibles	Bajo la opción de beneficios flexibles, nosotros determinamos la manera más efectiva de proporcionar servicios. • Podemos identificar alternativas médicamente adecuadas a los beneficios regulares del contrato como un alternativo menos costoso. Si identificamos una alternativa menos costosa, le solicitaremos firmar un convenio de beneficios alternativos que incluiría todos los siguientes términos además de otros términos de ser necesario. Hasta que firme y devuelva el convenio, el beneficio regular continuará. • Los beneficios alternativos se pondrán a la disposición por un tiempo limitado y están sujetos a nuestra continua revisión. Usted debe cooperar con el proceso de revisión. • Al aprobar un beneficio alternativo, nosotros no garantizamos que usted lo tendrá en el futuro. • La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es solamente nuestra, y excepto como estipulado expresamente en este convenio, podemos retirarlo en cualquier momento y resumir los beneficios del Plan. • Si usted firma el convenio, nosotros proporcionaremos los beneficios alternativos acordados por el período de tiempo manifestado (a menos que cambien las circunstancias). Usted puede solicitar una extensión del periodo de tiempo, pero los beneficios regulares del contrato se reasumirán si no aprobamos su solicitud. • Nuestra decisión de ofrecer o retirar beneficios alternativos no está sujeto a revisión OPM bajo el proceso de disputa de reclamos. No obstante, si al momento de nosotros tomar una determinación con respecto a los beneficios alternativos, decidamos también que los beneficios regulares del contrato no se deben pagar, entonces usted podrá disputar nuestra decisión de los beneficios regulares del contrato bajo el proceso de disputa de reclamos de OPM (Ver sección 8).
Centros de excelencia	En los Estados Unidos, hemos designado ciertos hospitales especializados. Alentamos encarecidamente a los miembros del Plan a utilizarlos para procedimientos altamente especializados. Si esta planificando hacerse un procedimiento altamente especializado, tal como cirugía de corazón abierto o quisiera información adicional sobre estos centros, favor de llamar a nuestro Departamento Médico en Panamá al 507-366-1400 y el 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. Como se indica en la Sección 1 Para estos casos se aplicarán los beneficios de pago por servicios (PPS).

Sección 6. Exclusiones Generales - Servicios, Medicamentos y Suministros 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 transplantes).
- 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 que reciba de un proveedor o centro prohibido por el Programa FEHB.
- Servicios, medicamentos o suministros que reciba sin cargos mientras en esté 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 que tenemos prohibido cubrir según la Ley Federal.
- Servicios o suministros proveídos por usted mismo, 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 92), 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 93, o impuestos de prima del estado como quiera que sean aplicado).
- 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.
- Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) o la terapia ABA.
- 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.
- Costos de investigación para realizar el ensayo o prueba clínica, tales como el tiempo consagrado o invertido por el médico investigador y la enfermera, el análisis de los resultados y las pruebas clínicas realizadas para fines investigativos.

- 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 no son parte de los cuidados rutinarios que recibe el paciente.
- Cualquier beneficio o servicio requerido únicamente por su empleo no está cubierto por este plan.
- Modificación química o quirúrgica de los rasgos sexuales de una persona mediante intervenciones médicas (incluidos los servicios de «transición de género»

Sección 7. Presentando un Reclamo por Servicios Cubiertos

Esta sección se trata primeramente de reclamos de post-servicio (reclamos de servicios, medicamentos, o suministros que usted ya ha recibido).

Ver la sección 3 para información acerca de los procedimientos de los reclamos pre-servicio (servicios, medicamentos o suministros que requieran autorización anticipada del Plan) incluyendo procedimientos para reclamos de atención urgente.

Como reclamar los beneficios

Para obtener formularios de reclamo, información para llenar reclamos o contestaciones acerca de nuestros beneficios, contáctenos al 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos o en nuestro sitio Web en www.pcabp.com.pa

En la mayoría de los casos, los proveedores y centros médicos presentan reclamaciones electrónicas que cumplen con HIPAA, por sus siglas en ingles. En los casos en que se debe utilizar una reclamación en papel, el proveedor debe presentar el formulario CMS-1500, Formulario de Reclamo de Seguro de Salud. Su centro presentará el formulario UB-04.

Cuando debe presentar un reclamo – tales como servicios recibidos en el extranjero o cuando otro plan de salud de grupo es primario –- preséntelo en el CMS-1500 o un formulario de reclamo que incluya la información que se muestra abajo. Las facturas y recibos deben ser detalladas y mostrar:

- Nombre del paciente,, su fecha de nacimiento, dirección, numero, teléfono, relación con el suscrito
- Numero de identificacion del paciente en el Plan
- Nombre y dirección de la persona o compañia que proporciona el servicio o suministro
- Fechas en que los servicios o suministros fueron proporcionados
- Diagnóstico
- Tipo de cada servicio o suministro
- Cargo por cada servicio o suministro

Nota: Los cheques cancelados, recibos de cajas registradoras, o estados de saldo adeudado no son sustitutos aceptables de las facturas detalladas.

Además:

- Si su primer pagador es otro plan de salud, debes enviar una copia del formulario de explicacion de beneficios (EOB) lo cual recibiste de su pagador primario (como por ejemplo el Aviso de Resumen de Medicare (MSN)) junto con su reclamo
- Las facturas por cuidado de enfermería en el hogar deben mostrar que la enfermera es una enfermera registrada y con licencia para practicar.
- Si su reclamo es por el alquiler o compra de equipo médico durable, enfermería privada; y terapia física, terapia ocupacional, o terapia de conversación, debes suministrar una declaración escrita del proveedor especificando la necesidad medica del servicio, o suministro, y el tiempo que lo va a necesitar
- Los reclamos para medicamentos con receta, y suministros deben ser acompañados con los recibos que tienen el numero de la receta, nombre de la droga o suministro, nombre del proveedor que receto la medicina, la fecha y los cargos.
- nosotros les otorgaremos servicios de traducción y conversion para reclamos de servicios en el extranjero.

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 decision inicial, puedes 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 por proveedores y hospitales fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y Panamá, envíe un Formulario de Reclamo completado y las facturas detalladas al Plan de Beneficio del Área del Canal c/o Grupo Redbridge , PO Box 14490, Coral Gables, Florida, USA. Usted también puede obtener Formularios de Reclamo de la misma dirección. Si tienes preguntas sobre el procesamiento de reclamos en el extranjero, contáctanos al 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.
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 del cuidado 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.
Requisitos de Notificación	El secretario de Salud y Servicios Humanos ha identificado condados en los que al menos el 10% de la población sabe leer y escribir sólo en ciertos idiomas distintos al inglés. Los idiomas diferentes al inglés que cumplen con este parámetro en ciertos condados son Español, Chino, Navajo y Tagalog. Si usted vive en uno de estos condados, ofreceremos ayuda con el idioma no inglés aplicable. Usted puede solicitar una copia de la Explicación de Beneficios (EOB), la correspondencia relacionada, servicios lingüísticos orales (como la atención al cliente por teléfono), y ayuda con la presentación de reclamaciones y apelaciones (incluyendo revisiones externas) en el idioma no-inglés aplicable. Las versiones en inglés de su Explicación de Beneficios y la correspondencia relacionada incluirá la información en el idioma no inglés sobre cómo acceder a los servicios de idiomas en ese idioma no inglés.

Cualquier notificación de una determinación o decisión adversa de beneficios o la correspondencia enviada por nosotros confirmando una decisión adversa de beneficios incluirá información suficiente para identificar la reclamación de que se trate (incluyendo la fecha del servicio, el proveedor del cuidado de la salud, y el importe de la reclamación, en su caso), y una declaración que describa la disponibilidad, a solicitud, del diagnóstico y los códigos de procedimiento y su significado correspondiente, además del código de tratamiento y su significado correspondiente).

Sección 8. El Proceso de Reclamo Disputado

Usted puede apelar directamente a la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos (OPM) si no seguimos los procesos de reclamos requeridos. Para mas información sobre situaciones in las cuales tienes derecho a apelar de inmediato a OPM, incluyendo requerimientos adicionales que no figuran en las secciones 3, 7 y 8 de este panfleto, llame al representante de servicio al cliente de su plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de inscripción, folleto del plan o sitio web del plan.

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 sección 3 *si no esta de acuerdo con nuestra decisión respecto a los reclamos de pre-servicio*, aqui le describimos el proceso que necesitas seguir si tienes un reclamo para servicios, referencias, medicamentos, o suministros que deben tener preaprobación 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. Para hacer su solicitud, sírvase comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente por escrito a Grupo Redbridge P.O Box 14490 Coral Gables, Florida 33114, USA (si los servicios se prestaron en cualquier lugar fuera de Panamá) o Oficina del Grupo Redbridge en Avenida Andrés Mojica, Calle 77 Este y Vía Porras, Corregimiento de San Francisco, Cuidad de Panamá, (si los servicios fueron proporcionados en Panamá), o llamando 507-366-1400 en Panamá, y 1-786-497-0411 en los Estados Unidos.

Al hacer la reconsideración tomaremos en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por usted en relación con el reclamo, sin tener en cuenta si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de beneficios.

Cuando nuestra decisión inicial se base (en todo o en parte) en un criterio médico (es decir, una necesidad médica, experimental/de investigación), consultaremos a un profesional de la salud que tenga la formación adecuada y la experiencia en el campo de la medicina relacionada con el criterio médico y que no estuvo involucrado en la toma de la decisión inicial.

Nuestra decisión de reconsideración no tomará en cuenta la decisión inicial y se llevará a cabo por un representante del plan que no sea ni la persona que tomó la decisión inicial que es objeto de la reconsideración, ni un subordinado de ese individuo.

No tomaremos nuestras decisiones sobre la contratación, remuneración, despido, promoción u otros asuntos similares con respecto a un individuo (como un ajustador de reclamos o un experto médico) en base a la probabilidad de que el individuo apoyará el rechazo o la denegación de los beneficios.

Paso	Descripción
1	Pregúntenos por escrito reconsiderar nuestra decisión inicial. Usted debe: (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 a cargo de Grupo Redbridge, P.O. Box 14490, Coral Gables, Florida 33114 EEUU. (c) Si usted reside en la República de Panamá, por favor envíe su reclamo disputado al Plan de Beneficios del Área del Canal a cargo de Grupo Redbridge, Avenida Andrés Mojica, Calle 77 Este y Vía Porras, Corregimiento de San Francisco, Cuidad de Panamá. También contamos con oficinas de servicio al cliente en hospitales de primer nivel: The Panama Clinic; Hospiten Paitilla; Centro Médico Caribe (Colón). La frecuencia de atención en cada hospital se ajustará según la demanda y utilización de los servicios. (d) Incluya una declaración sobre por qué cree que nuestra decisión inicial fue incorrecta, basada en disposiciones específicas de beneficios en este folleto; y (e) 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). (f) 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.

Paso	Descripción
2	En caso de un reclamo post servicio, nosotros tenemos 30 día hábiles desde la fecha que recibimos su solicitud para: (a) Pagar el reclamo (b) Escribirle y mantener nuestra negación o (c) Pedir más información a usted o a su proveedor Usted o su proveedor deben enviar la información dentro de 60 días, nosotros entonces decidiremos dentro de 30 días más. 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 Employees Insurance Operations, FEHB 2, 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 someter un reclamo con OPM. Terceras personas actuando como su representante, tales como proveedores médicos, deben incluir una copia de su consentimiento específico por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo; para reclamos urgentes, un profesional de la salud con conocimientos de su condición médica podrá actuar con representante autorizado sin su debido consentimiento. 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 o notificarle sobre el estado de la revisión por parte de OPM 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.

Nota: **Si usted tiene una condición seria o que amenace su vida** (una que pueda causar pérdida permanente de las funciones corporales o muerte si no es tratada lo antes posible), y no indicó que se trata de una solicitud para cuidados o tratamiento urgente, entonces llámenos al 507-366-1400 en Panamá, y1-786-497-0411 en los EE.UU. Agilizaremos la revisión de su reclamo (si es que no le hemos respondido todavía), o le informaremos a la OPM u Oficina de Administración de Personal para que revisen rápidamente su solicitud o apelación. Puede llamar a la sección de FEHB 2 de la OPM al (202) 606-3818 entre las 8 a.m. y las 5 p.m. hora del Este.

Por favor recuerde que no tomamos decisiones sobre asuntos de elegibilidad con respecto al plan. Por ejemplo, nosotros no determinamos si usted o un miembro de familia están cubierto por este plan. Debe plantear cuestiones de elegibilidad a la Oficina de personal/de planilla si usted es un empleado, a su sistema de jubilación si usted es un rentista o a la Oficina de Programas de Compensación al Trabajador si usted está recibiendo beneficios de compensación para trabajadores.

Sección 9. Coordinando los Beneficios con Medicare y 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 Seguros (NAIC). Para mayor información sobre las reglas de la NAIC en relación con la coordinación de beneficios, visite nuestro sitio Web en https://pcabp.com.pa/es/members/services-1/summary-of-benefits-and-coverage.aspx.

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, procesa el beneficio, 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.

- **TRICARE y CHAMPVA**

TRICARE es el programa de cuidado de la 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 jubilacion o la oficina de empleo.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**

Toda lesión o enfermedad relacionada con el trabajo debe comunicarse lo antes posible a su supervisor. Por lesión también se entiende cualquier enfermedad o dolencia causada o acentuada por el trabajo, así como los daños en dispositivos médicos, miembros artificiales y otras prótesis. Si usted es un empleado federal o del servicio postal, pida a su supervisor que autorice el tratamiento médico mediante el formulario CA-16 antes de obtener el tratamiento. Si su tratamiento médico es aceptado por la Oficina de Compensación Laboral (OWCP) del Departamento de Trabajo, el proveedor será compensado por la OWCP. Si se determina que su tratamiento no está relacionado con el trabajo, tramitaremos su prestación de acuerdo con los términos de este plan, incluyendo el uso de proveedores dentro de la red. Utilizar formulario CA-16 y formulario OWCP-1500

No cubrimos servicios que:

- Usted (o un miembro cubierto de su familia) necesite debido a una enfermedad o lesión relacionada con el lugar de trabajo que la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP) o una agencia federal o estatal similar determine que debe proporcionar; o

- OWCP o una agencia similar pague a través de un acuerdo de lesión de terceros u otro procedimiento similar que se base en un reclamo que usted presentó bajo OWCP o leyes similares.

- **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 o la oficina de empleo**.** 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

Nuestro derecho a buscar y recibir subrogación y recobrar reembolso es una condición de y un limitante a la naturaleza de los beneficios o de los pagos de beneficios y a la estipulación de beneficios bajo nuestra cobertura.

Si usted ha recibido beneficios o pagos como resultado de una lesión o enfermedad y sus representantes herederos, administradores, sucesores o cesionarios reciben el pago de cualquier tercero que puede ser responsable, de la póliza de seguro de un tercero, de su propia póliza de seguro o de un programa de compensación del trabajador, usted debe reembolsarnos a nosotros de ese pago. Nuestro derecho a reembolso se extiende a cualquier pago recibido por un acuerdo, juicio u otra forma.

Tenemos derecho al reembolso hasta el alcance de los beneficios que hemos pagado o hemos suministrado en relación con su lesión o enfermedad. Sin embargo cubriremos el costo del tratamiento en exceso a la cantidad de pago que usted ha recibido.

El reembolso a nosotros de su pago debe tener la primera prioridad (antes de cualquier derecho honrado a cualquiera de las partes) y no es impactado en cómo se caracteriza, designa o distribuye el juicio, acuerdo o recuperación. Nuestro derecho al reembolso no está sujeto a la reducción en base a los costos o honorarios de abogados o costos bajo la doctrina del "fondo común" y es completamente exigible sin importar si a usted se les compensó completamente por la cantidad total de los daños reclamados.

Podremos a opción nuestra, decidir ejercer nuestro derecho de subrogación y buscar una forma de recuperación de cualquiera de las partes culpables como sucesor de sus derechos.

Si usted interpone una demanda o caso relacionado con su lesión o enfermedad, usted debe notificarnos de inmediato y cooperar con nuestro esfuerzo de reembolso o 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.gov, o por teléfono al 877-888-3337, (TTY 877-889-5680) 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

Una prueba clínica aprobada incluye una fase I, fase II, fase III o fase IV de prueba clínica que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o condición potencialmente mortal, y se hace ya sea con fondos federales, llevada a cabo en virtud de una solicitud para un nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), o es un ensayo o prueba de fármaco o droga que está exento del requisito de ir acompañado de una solicitud de nuevo fármaco en investigación.

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. Este plan no cubre estos costos.

Cuando usted tiene Medicare

Para obtener información más detallada sobre "¿Qué es Medicare?" y "¿Debería inscribirme en Medicare?"comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048) o al www.medicare.gov

- **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.

Cuando Medicare Original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamo primero. En la mayoría de los casos, su reclamo será coordinado automáticamente y nosotros entonces proveeremos los beneficios secundarios por los cargos cubiertos. Para saber si usted necesita hacer algo para presentar su reclamo, llámenos al 507-366-1400 en Panamá, y el 1-786-497-0411 en los Estados Unidos o visite nuestro sitio Web en www.pcabp.com.pa

Nosotros renunciamos a algunos costos si el Plan Medicare Original es su pagador primario - Nosotros renunciaremos a algunos costos de desembolso como sigue:

- Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales del cuidado de la salud. Si usted está inscrito en la Parte B de medicare nosotros renunciaremos a sus cantidades de copagos y coaseguro.
- Cargos por cuarto de hospital y alimentación y otros cargos. Si usted está inscrito en la Parte A de Medicare, nosotros renunciamos a sus cantidades de copago y coaseguro.

Consulte los siguientes ejemplos que ilustra su costo, si está inscrito en Medicare Parte B. Si obtiene Medicare Parte B, su proveedor esta en nuestra red y participa en Medicare. Renunciamos a algunos costos porque Medicare sera el pagador primario.

Descripción de Beneficios: Deducible

Usted paga sin Medicare Dentro de la red: $300 para la cobertura individual / $600 para la cobertura Individuo y uno o Individuo y Familia

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: $300 para la cobertura individual / $600 para la cobertura Individuo y uno o Individuo y Familia

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: $300 para la cobertura individual / $600 para la cobertura Individuo y uno o Individuo y Familia

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: $300 para la cobertura individual / $600 para la cobertura Individuo y uno o Individuo y Familia

Descripción de Beneficios: Protección Catastrófica Desembolso Máximo

Usted paga sin Medicare Dentro de la red: 12,000 para la inscripción individual/ $24,000 para la inscripción individuo y uno o Individuo y familia

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: $12,000 para la inscripción individual/ $24,000 para la inscripción individuo y uno o Individuo y familia

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: N/A

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: $12,000 para la inscripción individual/$24,000 para la inscripción individuo y uno o Individuo y familia

Descripción de Beneficios: Reembolso Ofrecido de la Prima de la Parte B

Usted paga sin Medicare Dentro de la red: N/A

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: N/A

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: N/A

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: N/A

Descripción de Beneficios: Médico De Cabecera

Usted paga sin Medicare Dentro de la red*: $10

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: 50% de la asignación del Plan PPS

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: N/A

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: Renuncia

Descripción de Beneficios: Especialista

Usted paga sin Medicare Dentro de la red*: $10

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: 50% de la asignación del Plan PPS

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: N/A

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: Renuncia

Descripción de Beneficios: Paciente Hospitalizado

Usted paga sin Medicare Dentro de la red*: $100

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: $100 por admisión y 50% de los cargos cubiertos.

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: NA

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: Renuncia**

Descripción de Beneficios: Paciente Ambulatorio

Usted paga sin Medicare Dentro de la red: $25

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: 50% de la asignación del plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: N/A

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: Renuncia**

Descripción de Beneficios: Incentivos ofrecidos

Usted paga sin Medicare Dentro de la red: N/A

Usted paga sin Medicare Fuera de la red: N/A

Usted paga con Medicare parte B Dentro de la red*: N/A

Usted paga con Medicare parte B Fuera de la red: N/A

* Refleja proveedores únicamente de la red en la República de Panamá.

** Los beneficios pueden diferir para los beneficiarios de la Parte A de Medicare.

- **Háblenos sobre su Cobertura de Medicare**

Debe informarnos si usted o un miembro cubierto tiene cobertura Medicare, y facilítenos información sobre servicios negados o pagados bajo Medicare si se lo preguntamos. También deberá hablarnos sobre otras coberturas que usted o los miembros cubiertos de su familia puedan tener ya que esta cobertura puede afectar el estatus de cliente primario/ secundario en este Plan y en Medicare.

- **Contrato Privado con su médico**

  Si usted esta inscrito en Medicare Plan B, un médico puede pedirle firmar un contrato privado acordando que usted puede ser facturado directamente por los servicios ordinariamente cubiertos por Medicare Original. De usted firmar un convenio, Medicare no pagará ninguna porción de los cargos, y nosotros no aumentaremos nuestro pago. Nosotros no obstante, limitaremos nuestro pago a la cantidad que hubiéramos pagado después del pago Medicare Original. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad que nosotros hemos pagado.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

  Si usted es elegible para Medicare, usted puede escoger inscribirse en y obtener sus beneficios un plan Medicare Advantage. Estas son opciones para el cuidado de la salud privadas (como HMOs y PPOs regionales) en algunas áreas del país. Para aprender más acerca de los planes Medicare Advantage, contáctenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY: 877-486-2048) o en www.medicare.gov.

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

  Este Plan y otro plan Medicare Advantage: Usted puede inscribirse en un otro plan Medicare Advantage y también permanecer inscrito en nuestro plan FEHB. Nosotros aun proveeremos beneficios cuando su plan Medicare Advantage es primario, aun a través de la red de plan Medicare Advantage y/o área de servicio (si usted usa proveedores de nuestro Plan). Sin embargo, nosotros no renunciaremos a ninguno de nuestros co-pagos, co-seguros o deducibles . Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, infórmenos. Nosotros necesitaremos saber si usted está en el Plan Medicare Original o en un plan Medicare Advantage de manera de poder coordinar los beneficios con Medicare.

  Cobertura FEHB suspendida para inscribirse en un plan Medicare Adantage: Si usted es un rentista o ex-cónyuge, usted puede suspender su cobertura FEHB para inscribirse en un plan Medicare Advantage, eliminando sus primas FEHB. (OPM no contribuye a su prima del plan Medicare Advantage.) Para información sobre suspender su inscripción en el programa FEHB, contacte su oficina de retiro o la oficina de empleo. Si luego quiere volverse a inscribir puede hacerlo solo en la próxima Temporada Abierta a menos que usted involuntariamente pierda su cobertura o se mude fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

- **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 Pan**
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 Compensación de Trabajadores	✓ *	
9) Es un empleado Federal recibiendo beneficios por discapacidad 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	✓	
● Mediare 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

Cuando usted tiene 65 años de edad o más y no tiene Medicare

Bajo la ley FEHB, nosotros debemos limitar nuestros pagos para cuidado de paciente interno de hospital y cuidado médico a aquellos pagos a que usted tendría derecho si tuviese Medicare. Su médico y hospital deben seguir las reglas de Medicare y no pueden facturarle a usted más de lo que ellos le facturarían a usted si usted tuviese Medicare. Usted y el FEHB se benefician de estos límites de pago. Los cuidados hospitalarios ambulatorios y cuidados no proporcionados por médicos no está cubierto por esta ley; Aplican beneficios de Plan regular. El siguiente cuadro tiene mayor información acerca de los límites.

Si usted:

- tiene 65 años de edad o más; y
- no tiene Parte A, Parte B de Medicare, o ambos; y
- tiene este Plan como un rentista o como un ex-cónyuge, **o** como miembro de una familia de un rentista o ex-cónyuge; y
- no está empleado en una posición que da cobertura FEHB. (Su oficina de empleo puede decirle si esto aplica).

Entonces, para su cuidado de hospital de paciente interno:

- La ley requiere que nosotros basemos nuestro pago en una cantidad – la "cantidad equivalente a Medicare"– fijada por las reglas de Medicare para lo que Medicare pagaría, no en cargo real.
- Usted es responsable por sus deducibles, coaseguro, o co-pagos aplicables bajo este Plan.
- Usted no es responsable por cualesquiera cargos mayores que la cantidad equivalente a Medicare; nosotros mostraremos esa cantidad en el formulario de explicación de beneficios (EOB) que le enviamos a usted.
- La ley prohíbe al hospital cobrar más de la cantidad equivalente a Medicare.

Y, para su cuidado médico, la ley requiere que nosotros basemos nuestro pago y su co-seguro o co-pago en:

- una cantidad fijada por Medicare y llamada la "cantidad aprobada por Medicare", o
- el cargo real si es menor que la cantidad aprobada por Medicare.

Si su medico: Participa con Medicare
Entonces usted es responsable por: Su deducible o co-pagos y cualesquiera saldos hasta la cantidad aprobado por Medicare

Si su medico: No Participa con Medicare
Entonces usted es responsable por: Su deducible o co-pagos y cualesquiera saldo hasta el 115% de la cantidad aprobada de Medicare.

Si su medico: Médicos que salen de Medicare Vía Contratos Privados.
Entonces usted es responsable por: Su coaseguro o co-pagos y cualesquiera saldo que les cargue el Medico.

Generalmente es financieramente ventajoso usar un médico quien participe con Medicare. Dichos médicos se les permite cobrar solamente hasta la cantidad aprobada por Medicare.

Médicos que rechazan Medicare

Es posible que un médico haya optado por no recibir Medicare y puede o no solicitarle que firme un contrato privado que acepte que se le puede facturar directamente por los servicios que ordinariamente cubre Medicare Original. Esto es diferente de un médico no participante, y le recomendamos que pregunte a su médico si ellos han optado por no recibir Medicare. Si visita a un médico que no opta, el médico no estará limitado al 115% de la cantidad aprobada por Medicare. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada y nuestros beneficios regulares dentro de la red / fuera de la red.

Nuestro formulario de explicación de beneficios (EOB) le dirá cuánto el médico u hospital le puede cobrar a usted. Si su médico u hospital intenta cobrarle más de lo permitido por ley, solicite al médico u hospital reducir los cargos. Si usted ha pagado más de lo permitido, solicite un reembolso. Si usted necesita mayor asistencia, llámenos.

Cuando usted tiene el Plan Original de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos)

Limitamos nuestro pago a una cantidad que complementa los beneficios que Medicare pagaría bajo la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) y Parte B de Medicare (Seguro de Hospital), sin tomar en cuenta si medicare paga. Nota: Pagamos nuestros beneficios regulares por servicios de urgencia a un proveedor institucional, tal como un hospital, que no participa con Medicare y no es reembolsado por Medicare.

Nosotros usamos el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) Información de Remesa Equivalente a Medicare (MRA) cuando el estado de cuenta es presentado para determinar nuestro pago por servicios cubiertos proporcionados a usted si Medicare es primario, cuando Medicare no paga el centro VA.

Si usted está cubierto por la Parte B Medicare y es primario, sus costos de desembolso por servicios que tanto la Parte B de Medicare como nosotros cubrimos depende ya sea que su médico acepte asignación de Medicare para el reclamo.

- Si su médico acepta la asignación de Medicare, usted no paga por cobros cubiertos.
- Si su médico no acepta la asignación de Medicare, usted paga la diferencia entre el "cargo límite" o el cargo del médico (el que sea menor) y nuestro pago combinado con el pago de Medicare.

Es importante saber que un médico quien no acepte la asignación de Medicare no le podrá facturar por más de 115% de la cantidad que Medicare basa su pago, llamado el "cargo límite". El Aviso de Resumen de Medicare (MSN) que Medicare le enviará a usted tendrá más información acerca del cargo límite. Si su médico intenta cobrar más de lo permitido por ley, pídale al médico que reduzca los cargos. Si el médico no lo hace, reporta al médico al plan de salud de Medicare que le envió a usted el formulario MSN. Llámenos si usted necesita más asistencia.

Sección 10. Definiciones de los Términos Que Usamos en Este Panfleto

Asignación

Una autorización suya ('miembro' o 'miembro cubierto de la familia'), aprobada por nosotros (la Aseguradora), para que emitamos el pago de los beneficios directamente al proveedor

• Nos reservamos el derecho de pagarle directamente por todos los servicios cubiertos. Usted no puede ceder los beneficios pagaderos en virtud del contrato a ninguna persona sin nuestra aprobación expresa por escrito y, en ausencia de dicha aprobación, cualquier asignación será nula.

• Su consentimiento específico por escrito para que un representante autorizado designado actúe en su nombre para solicitar la reconsideración de la decisión de un reclamo (o, en el caso de un reclamo de atención de urgencia, para que un representante actúe en su nombre sin designación) no constituye una Asignación.

• El contrato celebrado con OPM, basado en leyes y reglamentos federales, permite que usted solicite una excepción ala acción final de OPM sobre la denegación de un reclamo de beneficios médicos, pero no le otorga autoridad para ceder su derecho a presentar dicha demanda a ninguna otra persona o entidad. Cualquier acuerdo que celebre con otra persona o entidad (tal como un proveedor u otro individuo o entidad) que autorice a dicha persona o entidad a interponer una demanda contra OPM, independientemente de que actúe o no en su nombre, no constituye una Asignación, no es una autorización válida en virtud de este contrato y se considerará nula.

Asignación del Plan

La asignación de nuestro plan es la cantidad que usamos para determinar nuestro pago y su coaseguro 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 del cuidado de la salud 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.

Pago por Servicio Panamá
Si usted reside en la República de Panamá y selecciona la opción Pago por Servicio, o reside fuera de Panamá (incluyendo los EE.UU.), pero recibe servicios médicos dentro de la República de Panamá, nosotros basamos todos los pagos de reembolso por reclamos en base a las cantidades en la lista de Tarifa PDS Panamá (o PDS) descrita anteriormente. Sin embargo, su responsabilidad de costo compartido es mucho mayor. Favor de referirse a la sección 5 “Beneficios” para detalles adicionales en relación a su responsabilidad.

Pago por Servicio US
Nosotros usamos datos FAIR Health para los reclamos incurridos en los Estados Unidos actualizada dos veces al año, al percentil 75 para determinar la asignación de nuestro Plan. Algunos servicios de doctor e paciente interno son pagados en base a una lista de tarifa. También debe ver el Aviso Importante sobre facturación sorpresa: conozca sus derechos en Sección 4 que describe sus protecciones contra la facturación sorpresa bajo la sección sin sorpresas.

Año Calendario

De enero 1 hasta diciembre 31 del mismo año. Para las nuevas personas inscritas el año calendario comienza en las fecha de vigencia de su inscripción y termina el 31 de diciembre del mismo año.

Categorías de Costos para Pruebas Clínicas

Una prueba clínica incluye una fase I, fase II, fase III, o prueba clínica fase VI. Que se lleva a cabo en relación a la prevención. La detección , o el tratamiento del cáncer o de otra enfermedad potencialmente mortal , enfermedad o condición y que sea financiado por el gobierno federal , conducido por una investigación de la aplicación de una nueva droga o medicamento revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por sus siglas en inglés o por una prueba de drogas que está exento de los requerimientos de una investigación para la aplicación de una nueva droga.

Si usted participa en una prueba clínica , este plan de salud le proporcionara los cuidados requeridos como sigue, si no es proporcionado por la prueba clínica:

- 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 lacondición 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 son generalmente cubiertos por los ensayos clínicos. Este plan no cubre esos costos.

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.

Compartimento de Costo

Ver Sección 4 página 24

Co-pago

Ver Sección 4 página 24

Coaseguro

Ver Sección 4 página 25

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:

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; o
6. 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

Ver Sección 4 página 24

Facturacion Sorpresa

Una factura sorpresa que usted reciba por

• atención de emergencia: cuando no tiene ni voz ni voto en el centro o proveedor donde recibe la atención, o para

• servicios que no sean de urgencia proporcionados por proveedores no participantes con relación a visitas de pacientes a centros de salud participantes, o por

• servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes.

Infertilidad

La infertilidad es la imposibilidad de obtener un embarazo tras relaciones sexuales regulares sin protección o inseminación artificial durante 12 meses o más (6 meses para mujeres (o personas con órganos reproductores femeninos) mayores de 35 años). Una evaluación más temprana puede ser justificada basándose en la historia clínica y los hallazgos físicos.

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 Panama;
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.

Nosotros

Nosotros se refiere al Plan de Beneficio del Área del Canal.

Profesional del cuidado de la Salud

Un médico u otro profesional del cuidado 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.

Reclamos Post-Servicio

Son todas las reclamaciones que no son reclamaciones pre-servicio. En otras palabras, las solicitudes de post-servicios son aquellas donde el tratamiento se ha realizado y el reclamo ha sido enviado a nosotros para solicitar los beneficios.

Reclamos Pre-Servicio

Son los reclamos (1) que requieren certificación previa, aprobación previa, o una referencia, y (2) donde la imposibilidad de obtener la certificación previa, la aprobación previa o una referencia tienen como resultado una reducción de los beneficios.

Reclamos Urgentes

Una solicitud de atención médica o tratamiento es una demanda de atención urgente que interviene cuando la espera de los plazos regulares para las reclamaciones de atención pueden tener uno de los siguientes impactos:

- La espera pudiese poner en serio peligro su vida o su salud;
- La espera pondría poner en serio peligro su capacidad para recuperar su máximo funcionamiento o rendimiento, o
- En la opinión de un médico con conocimiento de su estado de salud, la espera pudiese ocasionar dolor severo que no pudiese ser tratado adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el objeto del reclamo

Las solicitudes de atención urgente por lo general conciernen al Pre-servicio y no al post-servicio. Nosotros determinamos si una solicitud es realmente urgente o no aplicando el razonamiento y juicio de una persona prudente que posee un conocimiento promedio de la salud y la medicina.

	Si usted cree que su reclamo califica como un reclamo de atención urgente, sírvase comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 507-366-1400 en Panamá, y el 1-786-497-0411 en los Estados Unidos. También puede probar que su reclamo es un reclamo de atención de urgencia, proporcionando evidencia de que un médico con conocimiento de su estado de salud ha determinado que su reclamo consiste en una atención de urgencia.
Reembolso	La búsqueda del plan de salud de una recuperación si un individuo cubierto ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido en conexión con esa enfermedad o lesión un pago de cualquiera de las partes que puede ser culpable, cualquier póliza de seguros aplicable o un programa de compensación del trabajador o una póliza de seguros y los términos del plan de beneficios de la compañía aseguradora requieren que el individuo con cobertura, como resultado de ese pago, reembolsen al plan de salud de ese pago hasta el punto de los beneficios pagados o suministrados inicialmente. El derecho al reembolso es acumulativo y no es exclusivo del derecho de subrogación.
Servicios Cubiertos	Los servicios para los cuales proporcionamos beneficios, según descrito en este panfleto.
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.
Subrogación	La búsqueda del plan de salud de una recuperación de cualquiera de las partes que puede ser culpable, cualquier póliza de seguros aplicable o el programa de compensación del trabajador o la póliza de seguros, como sucesor de los derechos de un individuo con cobertura quien ha sufrido una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios del plan de beneficios de salud de esa compañía de seguros.
Urgencia	Ver página 62 para la definición de urgencia.
Usted	Usted se refiere a la persona inscrita y cada miembro cubierto de su familia.

Índice

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

Ambulancia.....24-28, 58-64, 94-97
Anestesia.....5-7, 50-61
Anomalías congénitas
Anticonceptivos.....31-57, 68-73
Aprobación previa.....16-23, 94-97
Beneficios de hospital...16-23, 58-64, 74-75
Beneficios para Salud Mental y Uso de Sustancias
Biopsia
catastrófica
Centro de Cuidado Urgente.....31-49, 62-64
Cesación del Tabaco.....31-49
Cirugía.....16-23, 31-61, 74-76
  Anestesia.....5-7, 50-61
  Cirujanos Asistente.....50-57
  Paciente Externo...16-23, 58-67, 77-78, 94-97, 99-101
  Reconstructiva.....50-57
Cirugía maxilofacial y oral.....50-57
Coaseguro...16-28, 31-57, 68-73, 85-97, 99-101
Colesterol.....31-49
Continuación Temporaria de la Cobertura 8-12
Cuarto y alimentación.....58-61
Cuidado de alergia.....31-49
Cuidado de enfermería en el hogar
Cuidado de Hospicio.....16-23, 58-61
Cuidado del pie.....31-57
Cuidado dental.....99-101
Cuidado preventivo, adulto.....31-49
Cuidado preventivo, niños.....31-49
Deducible...8-14, 16-28, 31-57, 77-78, 85-97
Definiciones.....31-75, 94-97, 99-101
Desembolsos.....24-28
Diálisis
Dispositivos ortopédicos
Dispositivos prostéticos.....31-49
Enfermera...5-7, 16-23, 31-49, 58-61, 77-81, 85-97
  Enfermera con licencia vocacional...31-49
  Enfermera Practicante con Licencia...31--49
  Enfermera Registrada...16-23, 31-49, 79-81
Entablillados.....58-61
Equipo médico durable.....31-49
Esterilización voluntaria
Estudio de Cáncer Colorectal
Exclusiones generales.....15, 77-78
Experimental o de investigación.....94-97
Fraude.....3-4, 8-12
Hospital...5-14, 16-23, 31-67, 74-97, 99-101
Infertilidad.....31-49, 68-73, 94-97
Información de Cobertura
Inmunizaciones.....31-49
Insulina.....31-49, 68-73
Jeringas.....68-73
Lentes.....31-49, 68-73
Lesión accidental.....62-64, 74-75
Lesión ocular.....31-49
Mamografías
Medicaid.....85-93
Medicamentos recetados...1, 31-49, 58-61, 65-73, 85-93, 99-101
Medicare.....1, 16-23, 77-81, 85-93
Médico.....5-7, 16-23, 31-67, 76, 79-97
Miembro...3-4, 8-28, 31-64, 68-73, 76-78, 82-84, 99-101
Muletas.....31-49
Opción de beneficios flexibles.....76
Oxígeno.....58-61
Planificación familiar.....31-49
PRE-certificación
Proceso de reclamo disputado.....82-84
Proveedores cubiertos.....16-23
Prueba fecal de sangre oculta.....31-49
Pruebas de Papanicolau.....31-49
Psicólogo
Punto de Servicio (PDS).....13-14
Quimioterapia.....31-49
Rayos X...16-23, 31-49, 58-61, 74-75, 94-97
Reclamos.....8-14, 16-28, 68-73, 76, 79-97
Reclamos en el extranjero.....79-81
Sangre y plasma.....58-61
Segunda opinión
Servicios cubiertos...13-14, 16-28, 31-75, 79-81, 85-97, 99-101
Servicios de Audición.....31-49
Servicios de salud en casa.....31-49
Subrogación.....85-93
Terapias de tratamiento.....31-49
Terapias físicas,ocupacionales y del habla
Trabajadores sociales.....16-23, 65-67
Trasplantes.....16-23, 31-57, 77-78
Tratamiento de radiación
Tratamientos alternativos.....31-49
Urgencia...24-28, 31-49, 62-67, 85-97, 99-101
Uso de sustancias.....65-67
Vendajes.....58-61, 68-73
Visión.....16-23, 31-49, 58-61, 76, 79-84
Visitas a Oficinas.....74-75

Resumen de beneficios para el Plan de Beneficios del Área del Canal de Panamá - 2027

No confíe solamente en esta tabla. Esto es un resumen.Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto. Antes de tomar una decisión final, lea este folleto de FEHB. También puede obtener una copia de nuestro Resumen de Beneficios y Cobertura requerida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio en https://pcabp.com.pa/es/members/services-1/summary-of-benefits-and-coverage.aspx. En esta pagina resumimos los gastos específicos que cubrimos. Para mas detalle, ver a continuación.

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 cabecera y otros proveedores PDS usted puede limitar sus gastos de bolsillo. 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 proporcionados por médicos: Servicios de tratamiento y Diagnóstico proporcionados en la oficina	PDS: $10 Laboratorio de diagnóstico / $20 Radiografía / $40 Otros servicios de diagnóstico 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	31
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente interno	PDS: Nada después de $100 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	58
Servicios proporcionados por un hospital: Paciente externo	PDS: $25 de copago 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.	60
Beneficios de Urgencia: • Lesión accidental (después de 72 Horras) • Urgencia médica	PDS: $100 por copago 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 PPS US: 50% de la asignación del Plan PPS US y cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada	63
Beneficio de Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias	Costo compartido regular	65
Medicamentos Recetados: Medicamentos aprobados por la FDA y el Plan	Medicamentos genéricos: 20% de los cargos elegibles Medicamentos de marca: 30% de los cargos elegibles. Nota: El coaseguro de los medicamentos con receta se aplica al desembolso de su bolsillo máximo anual de $12,000 para la inscripción individual y de $24,000 para la inscripción individuo y uno y la inscripción individuo y familia.	68

Beneficios	Usted paga	Página
Cuidado Dental	Todos los cargos que excedan los de la lista de precios	74
Protección en contra de costos catastróficos	Todos los cargos que exceden nuestra cantidad autorizada. Después de máximo de gastos de su bolsillo de $12,000 para la inscripción Individual y de $24,000 para las inscripciones del Individuo y uno; y Individuo y familia para todos los beneficios de salud esenciales por año, pagaremos el 100% de nuestro importe permitido durante el resto del año calendario**.** Nota: Algunos costos no se toman en cuenta a efectos de este gasto máximo de su bolsillo. Por favor ir a la Sección 4, Sus Costos por Servicios Cubiertos.	26

Notes

Información de Tasas para el Plan de Beneficio del Área del Canal de Panamá 2027

Para comparar las opciones de su Plan de Salud FEHB, sírvase visitar la página www. opm.gov/fehbcompare.

Tipo de Inscripción	Código de Inscripción	Primas			
		Bisemanal		Mensual	
		Participación del Gobierno	Su Participación	Participación del Gobierno	Su Participación
Individual	431	$352.04	$256.25	$762.75	$555.21
Individuo y Uno	433	$767.53	$457.87	$1,662.98	$992.05
Individuo y Familia	432	$843.82	$437.78	$1,828.28	$948.52