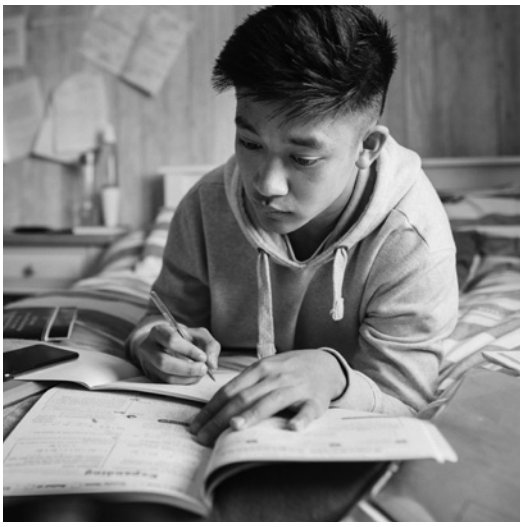
Guía de solicitud de cobertura para 2027
Conozca sus coberturas médicas









BlueCross BlueShield of Texas

NORTH EAST ISD (NEISD)

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Información importante de contacto

Para recibir ayuda con respecto a su cobertura médica, comuníquese con un asesor de beneficios de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX):

Blue Choice PPO℠ N.º de grupo 93748

Blue Essentials℠ HMO N.º de grupo 432451

BlueEdge HSA℠/CDHP N.º de grupo 190965

Servicio al cliente/Asesor de beneficios 800-521-2227

Horario de atención: 6:00 a. m. a 11:00 p. m., los siete días de la semana*

Línea telefónica de ayuda para servicios de salud mental
800-528-7264

Los asesores de beneficios también pueden hacer lo siguiente:

- Proporcionar información sobre la red y los profesionales médicos de ParPlan.
- Distribuir formularios de reclamación y responder preguntas sobre cómo presentar reclamaciones.
- Ayudar a identificar profesionales médicos de la red (pero no podrán recomendar profesionales médicos específicos de la red).
- Proporcionar información sobre las características de su cobertura médica.
- Brindar estimaciones de costos para servicios o procedimientos médicos.
- Proporcionar información sobre el programa de medicamentos recetados.
- Programar una cita con el médico o para un procedimiento, si así lo prefiere usted.
- Procesar solicitudes de tarjetas de asegurado.

NEISD y BCBSTX se comprometen a prestar servicios de calidad. Si usted tiene una queja o preocupación sobre el servicio que está recibiendo, contamos con un proceso de inconformidades a fin de que sus problemas se puedan resolver pronto.

Si usted no está de acuerdo con el rechazo de la reclamación o de alguna de sus partes, tiene el derecho a apelar el rechazo presentando una solicitud por escrito a BCBSTX. Consulte su resumen de la descripción de la cobertura (certificado de beneficios y servicios médicos) para ver una descripción sobre los procesos de inconformidades y apelaciones.

Cambio de dirección

Los empleados deben ingresar al portal para empleados de NEISD para realizar cambios en la dirección. Puede acceder al portal para empleados de NEISD visitando **neisd.net** (haga clic en "Translate" y elija "Español").

NEISD Employee Benefits Office
8961 Tesoro Dr., Suite 209
San Antonio, TX 78217
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:45 p. m.
210-407-0187
eb@neisd.net

* No incluye los días feriados principales en EE. UU.

Es posible que se hayan usado herramientas de inteligencia artificial para generar o mejorar la(s) imagen(es).

CÓMO

usar esta guía

Esta guía de solicitud de cobertura describe las opciones de cobertura médica que usted tiene. Es importante que las compare. Tómese unos minutos para leer esta guía sobre el programa de cobertura médica de NEISD.

El período de inscripción abierta anual del distrito se llevará a cabo en otoño todos los años.

Durante este período, usted puede inscribirse en un programa por primera vez, agregar una cobertura médica, quitarla o cambiarla, y agregar o quitar derechohabientes elegibles. Luego de este período de inscripción abierta, estas elecciones entrarán en vigor el 1 de enero para los empleados actuales. La fecha de entrada en vigor para los nuevos empleados es el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

La información contenida en esta guía describe brevemente los beneficios de su cobertura médica. No reemplaza el resumen de la descripción de la cobertura. Los beneficios concretos de su cobertura están determinados por el documento de su cobertura.

Acerca de su programa de cobertura médica de NEISD

El programa de cobertura médica de NEISD se financia a sí mismo. Esto significa que el distrito paga todas las reclamaciones médicas, las reclamaciones por medicamentos recetados y los costos administrativos.

Bajo el programa autofinanciado, las primas de los empleados y las contribuciones del distrito se colocan en un fondo fiduciario. Todas las reclamaciones y los costos de la cobertura se pagan con este fondo fiduciario.

Cobertura autofinanciada

Una característica única de la autofinanciación es que le ayuda a determinar el costo de sus primas por medio de las elecciones que realiza al recibir atención médica. Si las reclamaciones son altas, las primas lo reflejarán en su costo. Las reclamaciones más bajas, sin embargo, reflejarán más ahorros para la cobertura autofinanciada y le ayudarán a reducir sus primas. Las coberturas médicas administradas por NEISD tienen un precio módico y benefician tanto a los empleados como al distrito. Para ayudar a reducir los costos, acuda a prestadores de servicios médicos de la red cada vez que necesite atención médica.

BCBSTX únicamente presta servicios administrativos para el pago de reclamaciones y no asume ningún riesgo financiero ni obligación con respecto a las reclamaciones.



CÓMO

solicitar cobertura o cambiar de cobertura

Para obtener información sobre oportunidades para solicitar cobertura o cancelarla, ingrese al sitio web de beneficios para los empleados en **neisd.net/benefits** (haga clic en "Translate" y elija "Español") y haga clic en **"Explore nuestros beneficios"** (Browse Our Benefits). También puede comunicarse con la Oficina de Beneficios para los Empleados de NEISD por teléfono al **210-407-0187** o por correo electrónico a **eb@neisd.net**. Usted puede cambiar su elección de cobertura médica durante el período de inscripción abierta y la fecha de entrada en vigor será el 1 de enero. Los nuevos empleados pueden solicitar cobertura durante los primeros 31 días de empleo.

Períodos especiales de inscripción
Las elecciones de beneficios que haga estarán vigentes por un año y se pueden cambiar para el año siguiente durante el período anual de inscripción abierta. Solo se pueden realizar cambios durante el resto del año si hay un cambio en su estado familiar (como agregar un nuevo derechohabiente por matrimonio, nacimiento o adopción) o si, luego de haber rechazado la cobertura en un principio, usted pierde la cobertura grupal que tenía. Debe presentar la información correspondiente ante la Oficina de Beneficios para los Empleados dentro de los 31 días del suceso que lo hace elegible. Consulte el resumen de la descripción de la cobertura (certificado de beneficios y servicios médicos) para obtener más detalles.

Primas
Las primas se deducirán de cada uno de sus cheques de pago durante el año de cobertura.

Elegibilidad
Para participar en cualquier programa de salud que ofrece NEISD, usted debe estar trabajando regularmente 20 horas o más por semana (esto excluye a los empleados temporales y sustitutos). Sus derechohabientes también pueden tener cobertura si usted participa en el programa y si sus derechohabientes son elegibles según una de las categorías de derechohabientes descritas en el certificado de beneficios y servicios médicos.

Número único de asegurado
Varios estados han promulgado leyes contra el robo de identidad a fin de proteger la confidencialidad de los números de Seguro Social (SSN, en inglés) y se espera que otros estados hagan lo mismo. Estas leyes limitan el uso de los SSN por parte de entidades no gubernamentales e individuos. En consecuencia, BCBSTX asignó números únicos de asegurado para reemplazar los SSN.



ASESORES DE BENEFICIOS

El mismo tratamiento a un costo menor[1]

Los empleados con las coberturas PPO High y Bluedge HSA pueden elegir dónde recibir atención médica. En muchos casos, pueden elegir entre más de un profesional médico o centro y realizarse el mismo procedimiento por un costo menor. Ahora puede consultar a un asesor de beneficios de BCBSTX, que le puede brindar ayuda para obtener información sobre los servicios médicos con cobertura y para encontrar prestadores de servicios médicos de la red contratados para una variedad de servicios médicos, tales como los siguientes:[2]

- Tomografías computarizadas.
- Resonancias magnéticas.
- Procedimientos de endoscopia.
- Procedimientos de colonoscopia.
- Cirugía de espalda o columna vertebral.
- Cirugía de rodilla.
- Cirugía de hombro.
- Cirugía de reemplazo de cadera o articulaciones.
- Operación bariátrica (la cobertura se aplica únicamente a los centros Blue Distinction® Centers for Bariatric Surgery).

Los asesores de beneficios también le pueden brindar ayuda para planificar su atención médica al realizar lo siguiente:

- Ayudarle a entender mejor sus beneficios.
- Brindarle estimaciones de costos[3] para servicios o procedimientos de atención médica.[3]
- Programarle una cita con el médico o para un procedimiento.
- Brindarle ayuda para que obtenga información general de salud sobre su problema de salud.
- Brindarle ayuda con las autorizaciones previas.
- Informarle sobre los recursos educativos en línea.



Los asesores de beneficios ayudan a comparar costos

Por ejemplo, si su médico le solicita que se realice una resonancia magnética de la rodilla, puede llamar a un asesor de beneficios. El asesor le informará sobre varios prestadores de servicios médicos de la red que realizan resonancias magnéticas y el costo estimado de este estudio con cada uno de ellos. De esta forma, tendrá más información al momento de elegir dónde realizarse una resonancia magnética. Si usted lo prefiere, el asesor puede programarle una cita para la resonancia magnética con el prestador de servicios médicos de su elección y brindarle ayuda con la autorización previa.

Para comunicarse con un asesor de beneficios, llame al **800-521-2227.**

1. Los asesores de beneficios ofrecen estimaciones de costo para varios profesionales médicos, centros y procedimientos. Obtener los precios más bajos y ahorrar costos dependerá del profesional médico o del centro que usted elija.
2. Las comunicaciones y la información a los asegurados por parte de los asesores de beneficios no pretenden sustituir las recomendaciones de los profesionales médicos. Se incentiva a los asegurados a consultar con sus médicos para dialogar sobre sus necesidades de atención médica. Las decisiones con respecto al desarrollo y al lugar del tratamiento le corresponden a los asegurados y sus profesionales médicos.
3. Las estimaciones de costos son solo una aproximación. Además de los deducibles, copagos o coaseguro comunes, el costo real de los servicios varía en función de varios factores, que incluyen la fecha del servicio, el procedimiento que se realizó y los servicios que facturó el profesional médico y su cobertura en particular. La cobertura está sujeta a las limitaciones y exclusiones de su póliza.

¡El mismo procedimiento, un costo diferente y la posibilidad de recibir dinero en efectivo en su bolsillo!

¿Sabía usted que los precios de los servicios médicos de la misma calidad pueden variar en miles de dólares en una misma zona y en la misma red de cobertura médica? **El programa de recompensas Member Rewards**, de Zelis, ofrece recompensas en efectivo cuando elige a un profesional médico de calidad a menor costo. **El programa de recompensas Member Rewards se ofrece a los empleados con cobertura PPO High y Blue Edge HSA; este beneficio no se ofrece en la cobertura Blue Essentials HMO.**

- Compárelo con el lugar donde estaciona su vehículo: puede hacerlo en el estacionamiento que cuesta $30 o en el que cuesta $15 solo a unas pocas cuadras.
- Las recompensas Member Rewards le permite conocer y comparar las opciones de servicios médicos de una forma similar y, tal como se ve en los siguientes ejemplos, las diferencias pueden ser importantes.
- Lo mejor de todo es que conocer y comparar opciones con las recompensas Member Rewards puede minimizar sus gastos de bolsillo y ayudarle a recibir una recompensa en efectivo.

Procedimiento para ser elegible para obtener recompensas	Costo del profesional médico A	Costo del profesional médico B
Medicamento de mantenimiento	$300	$675
Resonancia magnética del cerebro	$682	$2,723
Reemplazo de rodilla	$17,003	$47,617

La mayoría de nosotros busca obtener valor cuando vamos de compras, ¿por qué no aplicar esta práctica cuando buscamos servicios médicos?

El programa de recompensas Member Rewards usa el directorio en línea Provider Finder® para ayudarle a reducir los costos y tener más control sobre sus decisiones financieras de atención médica.

¿Qué es el programa de recompensas Member Rewards?

El programa de recompensas Member Rewards, junto con Provider Finder®, nuestra base de datos nacional de profesionales médicos con contrato independiente, puede brindarle ayuda con lo siguiente:

- Comparar los costos y la calidad de una gran variedad de procedimientos como exámenes preventivos, escáneres, cirugías y mucho más.
- Realizar una estimación de los gastos de bolsillo.
- Ganar recompensas en efectivo.
- Ahorrar dinero y hacer uso eficiente de los servicios médicos.
- Consultar con sus médicos sobre sus decisiones de tratamiento.



1. Encuentre una ubicación elegible para obtener recompensas al conocer y comparar opciones en Provider Finder, nuestro directorio en línea. Ingrese a **espanol.bcbstx.com**, inscríbase o inicie sesión en Blue Access for Members℠, portal protegido para asegurados, y seleccione **"Atención Médica"**.



2. Realícese el procedimiento u obtenga el servicio en la ubicación elegible para obtener recompensas.



3. Obtenga una recompensa de dinero por cheque, el cual se le enviará a su domicilio una vez que se haya pagado su reclamación y se haya corroborado que la ubicación es elegible para recibir recompensas.

¿Tiene preguntas? Llame al número en su tarjeta de asegurado.

MDX Medical, LLC, una compañía de Zelis, es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para administrar el programa de recompensas Member Rewards para los asegurados con cobertura a través de BCBSTX. Las opciones elegibles para recompensas y los importes de las recompensas están sujetos a cambios. La elegibilidad para las recompensas está sujeta a los términos y las condiciones del programa de recompensas Member Rewards. Los importes que reciba a través de este programa podrían ser imponibles. BCBSTX no proporciona asesoramiento fiscal. Los asegurados con cobertura de Medicaid o Medicare no son elegibles para recibir recompensas a través del programa de recompensas Member Rewards.

BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.

Para hospitales con experiencia en atención médica especializada

Blue Distinction es un reconocimiento otorgado por Blue Cross and Blue Shield Association a los hospitales que han demostrado tener experiencia al ofrecer atención médica especializada y clínicamente probada. Su objetivo es ayudar a los consumidores a encontrar atención médica especializada de forma constante, mientras se les da la oportunidad y la motivación a los profesionales médicos para que mejoren la calidad y la ejecución general de la atención médica a nivel nacional.

Blue Distinction® Centers for Bariatric Surgery (operación bariátrica)

Prestan una amplia variedad de servicios de atención de cirugía bariátrica, e incluye la atención médica de pacientes internados, posoperatoria, de seguimiento, y la educación para pacientes.

La operación bariátrica solo está incluida en Blue Distinction® Centers for Bariatric Surgery.

Blue Distinction® Centers for Cardiac Care (atención cardiovascular)

Prestan una amplia variedad de servicios de atención médica cardiovascular, incluida la rehabilitación, la cateterización y cirugías cardiovasculares.

Blue Distinction® Centers for Transplants (trasplantes)

Programa de trasplantes que presta servicios, tales como precios globales, análisis de ahorros financieros y administración global de reclamaciones y servicios de apoyo.

Centros Blue Distinction® para reemplazo de rodilla y cadera

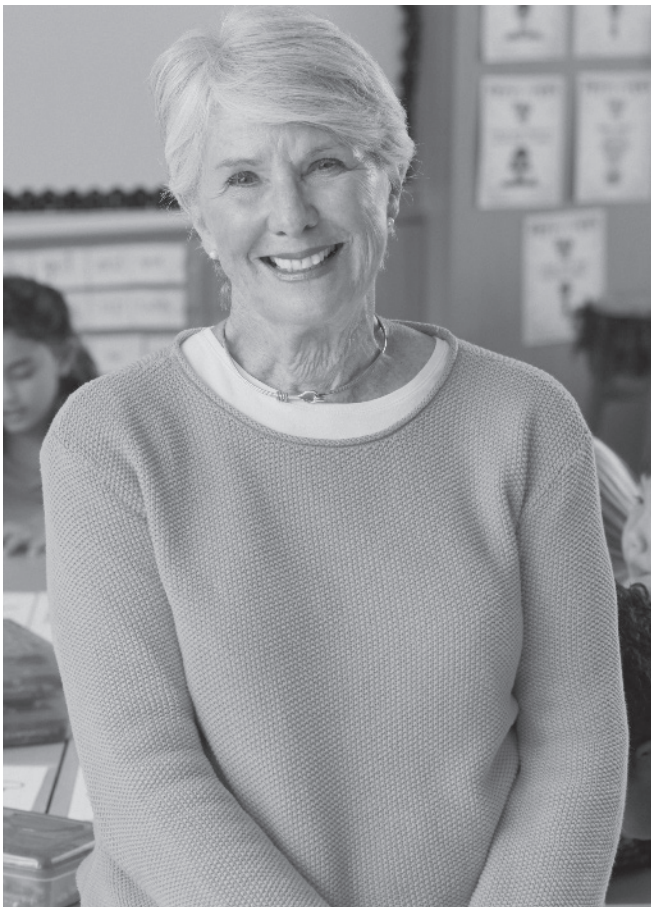
Prestan servicios de reemplazo de rodilla y cadera para pacientes internados, incluidas las cirugías de reemplazo total de rodilla y cadera.

Blue Distinction® Centers for Spine Surgery (operación de la columna vertebral)

Servicios de cirugía de columna, incluidos los procedimientos de discectomía, fusión y descompresión.

Encuentre un centro Blue Distinction

- Visite **espanol.bcbstx.com**.
- Seleccione la herramienta Provider Finder, nuestro directorio en línea, y busque hospitales.
- Para encontrar un centro Blue Distinction cerca de usted, busque según el área de especialidad y el estado.



SUS OPCIONES PARA

coberturas médicas

Cobertura Blue Choice PPO
Blue Choice PPO es una cobertura de organización de prestadores de servicios médicos preferenciales que ofrece flexibilidad para elegir a cualquier profesional de la red para obtener atención médica. Si usted se mantiene en la red, recibirá el nivel de beneficios más alto de la cobertura y no debe presentar reclamaciones ni obtener certificaciones para obtener atención médica.
No necesita elegir un médico de atención primaria.
En cambio, usted trata directamente con cada prestador de servicios médicos de la red. Si elige un prestador de servicios médicos que no participa en la red, usted recibirá un nivel reducido de beneficios.

Las características de la opción de cobertura High PPO incluyen lo siguiente:

- Copago de $25/$35* para consultas presenciales.
- Deducible anual de $2,000 para individuos y $5,000 para familias.
- Límite de gastos de bolsillo (por persona) de $5,000 para individuos y $12,250 para familias.
- Cobertura del 100% en atención médica preventiva, que incluye, entre otros, la atención preventiva para niños, las vacunas, los exámenes preventivos de la mujer (incluye una mamografía y una prueba de Papanicolaou cada 12 meses) y los exámenes preventivos para el hombre (incluye una prueba del antígeno prostático específico cada 12 meses).
- Exámenes de rutina de la visión y la audición cada 12 meses.
- Cobertura de medicamentos recetados y programa de envío a domicilio de medicamentos recetados.
- Copago de $25 para clínicas en locales comerciales.
- Copago de $45 para consultas presenciales de atención médica inmediata.
- Copago de $200 para atención en la sala de emergencias.
- Deducible de $100 por ingreso al hospital.

Cobertura Blue Essentials HMO
Blue Essentials le ofrece acceso a una red estatal de hospitales y médicos. Como asegurado de Blue Essentials, usted elige a un prestador de atención médica primaria de la red Blue Essentials. Podría beneficiarse de tener a un solo médico encargado de coordinar su atención médica. Su médico llega a conocerle a usted y sus antecedentes médicos, puede detectar cambios en su salud, además de supervisar su atención de rutina y referirle a un especialista si es necesario.

Las características de la cobertura Blue Essentials HMO incluyen:

- Copago de $25/$35* para consultas presenciales.
- Deducible anual de $2,500 para individuos y $6,500 para familias.
- Límite de gastos de bolsillo (por persona) de $7,500 para individuos y $16,000 para familias.
- Cobertura del 100% en atención médica preventiva, que incluye, entre otros, la atención preventiva para niños, las vacunas, los exámenes preventivos de la mujer (incluye una mamografía y una prueba de Papanicolaou cada 12 meses) y los exámenes preventivos para el hombre (incluye una prueba del antígeno prostático específico cada 12 meses).
- Exámenes de rutina de la visión y la audición cada 12 meses.
- Cobertura de medicamentos recetados y programa de envío a domicilio de medicamentos recetados.
- Copago de $25 para clínicas en locales comerciales.
- Copago de $45 para consultas presenciales de atención médica inmediata.
- Copago de $200 para atención en la sala de emergencias.
- Deducible de $100 por ingreso al hospital.

Recargo para fumadores de tabaco

NEISD aplica un recargo a la prima del seguro si usted es fumador de tabaco. **Cada empleado debe certificarlo, todos los años. Se aplica un recargo automático para los empleados que no lo hayan certificado.** Si usted tiene interés en participar en un programa para dejar de fumar, puede completar los siguientes requisitos para que no se aplique el recargo adicional para fumadores a su prima.

1. Inscríbase y complete el curso autodirigido de 12 semanas Tobacco Free a través del portal GO Wellbeing℠, de ShareCare, de Blue Cross and Blue Shield of Texas.
2. Presente el certificado de finalización en la Oficina de Beneficios para los Empleados de NEISD.
3. Complete el formulario de declaración de consumo de tabaco.

* Si un médico de atención primaria presta el servicio, el copago es de $25. Si un especialista presta el servicio, el copago es de $35.

GO Wellbeing y todos los programas y servicios digitales asociados son administrados por Sharecare, Inc. Blue Cross and Blue Shield of Texas ha contratado a Sharecare para ofrecer una selección de programas, recursos y aplicaciones relacionadas con el estilo de vida.

Beneficio de aparato auditivo

La cobertura incluirá aparatos auditivos médicamente necesarios, con un límite de uno por oído cada 36 meses. La cobertura no incluirá reemplazos por extravío, daños o defectos funcionales.

Cobertura de indemnización por hospitalización de NEISD

La cobertura de indemnización por hospitalización está administrada por NEISD y proporciona una cobertura limitada por los servicios de hospitalización para pacientes internados. Si usted no participa en ningún programa de salud ofrecido por el distrito, estará incluido automáticamente en la cobertura de indemnización por hospitalización. La cobertura está sujeta a ciertas exclusiones y paga $250 por día de internación hospitalaria por un máximo de 30 días por internación, según lo establece la descripción de los beneficios de la cobertura. La cobertura no requiere ninguna contribución del empleado. Usted tendrá cobertura si trabaja regularmente 20 horas semanales o más de forma continua y no está asegurado por otra cobertura médica ofrecida por NEISD.



¿Por qué elegir **BlueEdge HSA**?

La cobertura BlueEdge HSA es un seguro de gastos médicos dirigido al consumidor que le ayuda a alcanzar sus objetivos de salud y financieros. Combina una cobertura médica con deducible alto acreditada con una cuenta de ahorros para gastos médicos en la que usted puede decidir si pagar por los gastos médicos elegibles con dinero libre de impuestos o dejar esos fondos intactos para que funcionen como una forma de ahorro.

Usted, su empleador o cualquier persona pueden realizar depósitos en la cuenta. La cobertura BlueEdge HSA se asegura de que usted cuente con:

- **Asequibilidad:** Use los fondos de la cuenta de ahorros para gastos médicos para ayudar a alcanzar su deducible anual o déjelos intactos para que crezcan en forma de ahorros.
- **Ahorros en impuestos:** Los fondos de las cuentas de ahorros para gastos médicos que se usen para pagar gastos médicos elegibles están libres de impuestos.
- **Portabilidad:** Su cuenta de ahorros para gastos médicos le pertenece a usted. Los fondos no usados pueden transferirse al año siguiente, o bien puede llevarse el dinero consigo si cambia de cobertura médica o de trabajo, o si se jubila.
- **Control:** Usted decide cómo, cuándo y dónde se usan sus dólares destinados a la atención médica. Cuanto mejores sean sus elecciones, más podrá aprovechar su cuenta de ahorros para gastos médicos.
- **Libertad y elección:** Elija cualquier médico cuando sea que necesite atención médica. Sin embargo, elegir un médico de la red significa obtener atención médica con el nivel más alto de beneficios.

BlueEdge tiene más para ofrecer:

- **Atención médica preventiva y consultas de bienestar:** Los adultos y los niños tienen cobertura al 100% cuando acuden a prestadores de servicios médicos de la red*. No necesita alcanzar el deducible para aprovechar estos beneficios.
- **Herramientas en línea de toma de decisiones:** Personalice la forma en la que cuida su salud y gestiona sus gastos de atención médica. Inicie sesión en Blue Access for Members, un sitio web protegido y seguro, en **espanol.bcbstx.com** para hacer lo siguiente:
  - Gestionar sus beneficios.
  - Encontrar un prestador de servicios médicos de la red.
  - Estimar el costo de un procedimiento o tratamiento.
  - Encontrar información y recursos sobre salud y bienestar.
  - Solicitar la ayuda de profesionales médicos cuando tenga dudas por medio de la enfermería telefónica 24/7 Nurseline.

Información de la red

Use Provider Finder, nuestro directorio en línea, en **espanol.bcbstx.com** para consultar si su médico forma parte de la red o para buscar otro profesional médico de la red. También puede comunicarse con un asesor de beneficios al **800-521-2227**, para obtener información sobre un profesional médico. Una vez que se convierte en asegurado, puede llamar al número para llamadas sin costo de Servicio al Cliente en su tarjeta de asegurado para obtener asistencia.

* Los niveles de cobertura varían según la póliza, por lo que debe consultar los documentos de su póliza para obtener más detalles.



Más información sobre las cuentas de ahorros para gastos médicos

¿Qué es una cuenta de ahorros para gastos médicos?

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés) es una cuenta con beneficios sobre los impuestos que se usa en conjunto con una cobertura médica compatible con HSA. Los fondos en la cuenta se usan para pagar gastos médicos elegibles según el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) tales como servicios aplicados al deducible, servicios dentales o de la visión y mucho más.

¿Quién puede obtener una HSA?

Cualquier individuo elegible que cumpla con lo siguiente:

- Contar con una cobertura médica compatible con una HSA.
- No tener otro seguro médico (excepto ciertos tipos de cobertura limitada).
- No tener cobertura de Medicare.
- No estar incluido como derechohabiente en la declaración anual de ingresos de otra persona.
  - Los niños no pueden establecer una HSA.
  - Los cónyuges elegibles pueden establecer su propia HSA.

¿Cuáles son los beneficios de una HSA?

Los fondos de las HSA se transfieren de un año a otro. Además, hay beneficios sobre los impuestos para las contribuciones que se hagan a la cuenta, las ganancias y las distribuciones, y también hay disponibles oportunidades de inversión a largo plazo.

¿Mi empleador contribuye a mi HSA?

NEISD contribuye de forma anual $500 a la cobertura médica de los empleados sin derechohabientes y $1,000 a la cobertura de los empleados con derechohabientes asegurados. Las contribuciones se pagan de forma trimestral.

Comience a ahorrar más en atención médica



Cuentas de ahorros para la salud

Maximice sus ahorros

Una cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) es una cuenta de ahorros con ventajas fiscales que puede usar para gastos de atención médica. Además de ahorrarle dinero en impuestos, las HSA pueden ayudarle a aumentar sus ahorros para la jubilación.

¿Cómo funciona una HSA?

- Aporte a su HSA mediante una deducción de nómina, transferencia en línea o cheque personal.
- Pague gastos médicos que califiquen para usted, su cónyuge y sus dependientes. Tanto los gastos actuales como los pasados están cubiertos siempre que sean posteriores a la apertura de su HSA.
- Use su tarjeta de beneficios para pagar directamente, o pague de su bolsillo y solicite un reembolso o aumentar los fondos de su HSA.
- Transfiera los fondos no utilizados de un año a otro. Es su dinero, de por vida.
- Invierta los fondos de su HSA y aumente potencialmente sus ahorros.[1]

BCBSTX y HSA Bank mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

¿Soy elegible para aperturar una HSA?

Lo más probable es que sea elegible para aperturar una HSA si:

- Tiene un plan de salud con deducible alto que califica (high-deductible health plan, HDHP).
- No está cubierto por ningún otro plan de salud que no sea compatible con una HSA, como la Parte A y B de Medicare.
- No está cubierto por TriCare.
- No figura como dependiente en la declaración de impuestos de ninguna persona, con excepción de su cónyuge.

¿Cuánto puedo aportar?

El IRS limita cuánto se puede aportar a una HSA cada año. Esto incluye aportaciones de su empleador, cónyuge, padres y cualquier otra persona. [2]

¿Qué cubre?

Puede usar los fondos disponibles en su HSA para pagar cualquier gasto médico que califica según el IRS, como visitas al médico, gastos hospitalarios, recetas de medicamentos, exámenes dentales, citas para la visión, medicamentos de venta libre y más.

Visite **hsabank.com/QME** para ver la lista completa.

Aportaciones adicionales

Puede ser elegible para hacer un aporte adicional a la HSA de $1,000 si:

- Tiene más de 55 años.
- Tiene una cuenta HSA.
- No está inscrito en Medicare (si se inscribe a mitad de año, las aportaciones anuales se prorratean).

2025

	PLAN INDIVIDUAL	PLAN FAMILIAR
Límite máximo de aportación	$4,300	$8,550

2026

	PLAN INDIVIDUAL	PLAN FAMILIAR
Límite máximo de aportación	$4,400	$8,750

Triple ahorro en impuestos

Otra gran forma en la que las HSA pueden beneficiarle es que le permiten ahorrar en impuestos de tres maneras.

1. No pagará impuestos federales sobre las aportaciones a su HSA.[3]
2. Las ganancias por intereses e inversiones están libres de impuestos.
3. Las distribuciones no están sujetas a impuestos cuando se usan para gastos médicos que califican.

[1] Las cuentas de inversión no están aseguradas por la FDIC, pueden perder valor y no constituyen un depósito ni otra obligación o garantía del banco. Las pérdidas de inversión que se reemplazan están sujetas a los límites de aportación anual de la HSA.

2 Las aportaciones a la HSA que superen los límites del IRS están sujetas a penalización e impuestos, a menos que el exceso y las ganancias se retiren antes del plazo de vencimiento de la presentación de impuestos, como se explica en la Publicación 969 del IRS.

3 Los ahorros en impuestos federales están disponibles independientemente de su estado. Las leyes de impuestos estatales pueden variar. Consulte a un profesional de impuestos para obtener más información.

Si desea obtener más información, visite **hsabank.com** o llame al número que figura al reverso de su tarjeta de débito.

hsabank™

©2024-2025 HSA Bank. HSA Bank es una división de Webster Bank, NA, miembro de FDIC. Webster Servicing LLC. administra los servicios de beneficios y los servicios administrativos del plan.
HSA_Overview_2025/2026_Limits_SP_051325

Atención médica al alcance de la mano



Con BAM℠, usted podrá:

- Usar nuestra herramienta en línea Provider Finder® para buscar profesionales médicos, hospitales o farmacias.
- Solicitar o imprimir su tarjeta de asegurado.
- Verificar el estado o el historial de una reclamación.
- Ver o imprimir los estados de cuenta de la Explicación de beneficios.
- Usar nuestra herramienta de estimador de costos para encontrar el precio de cientos de pruebas, tratamientos y procedimientos.
- Descargar nuestra aplicación móvil.
- Inscribirse para recibir notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico.

¡Es fácil comenzar!

1. Visite **espanol.bcbstx.com/member.**
2. Haga clic en "Iniciar sesión".
3. Use la información en su tarjeta de asegurado de BCBSTX para inscribirse.

O envíe **BCBSTXAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación BCBSTX, que le permite usar BAM desde cualquier lugar.

* Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos.

No se pierda ningún tipo de información sobre la cobertura médica: ¡actualice su información de contacto hoy mismo!

En Blue Cross and Blue Shield of Texas, queremos asegurarnos de que usted está recibiendo toda la información que necesita para aprovechar al máximo sus beneficios. Para hacerlo, necesitamos comprobar que tenemos su información de contacto completa.

Tener la información actualizada es especialmente importante si usted está esperando un bebé, presenta un problema de salud grave, necesita hospitalización o se ha sometido a una cirugía mayor, con el fin de que BCBSTX se pueda comunicar con usted para brindarle ayuda en el camino.

Hay dos maneras sencillas de actualizar su información de contacto:

1. Teléfono inteligente
   - Envíe **MYINFOTX** por mensaje de texto al **33633** para actualizar su información de contacto.*
   - También puede descargar la aplicación BCBSTX, disponible para teléfonos inteligentes iPhone® y Android™.
2. Computadora

Puede acceder en línea a través de Blue Access for Members. Visite **espanol.bcbstx.com/member**, haga clic en **"Active su cuenta"** o **"Inicie sesión"** y, a continuación, en **"Inscríbase ahora"**. Una vez que haya iniciado sesión en BAM, podrá actualizar su información de contacto haciendo clic en el enlace "Actualizar ahora" sobre el lado derecho.*

*Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Términos y condiciones y Políticas de privacidad de BCBSTX disponibles en espanol.bcbstx.com/mobile/text-messaging.

Incluso los cambios pequeños pueden ayudar a mejorar su salud. Por lo tanto, trabaje en sus objetivos de bienestar desde un tablero único y sencillo, Blue Access for Members, incluido en su cobertura. Adelante, ¡dé el primer paso hacia una versión más saludable de usted mismo!

¿Qué puede hacer?

Acceda a GO Wellbeing℠, de Sharecare, para ayudarle a gestionar su bienestar general.[1]

- Únase al programa de acondicionamiento físico y obtenga acceso a más de 10,000 gimnasios en todo el país.[2]
- Comuníquese con una enfermera las 24 horas del día.[3]
- Reciba apoyo de una especialista en maternidad durante el embarazo.
- Encuentre recursos y consejos para cuidar su mente y su cuerpo.
- Realice la prueba RealAge para comparar la edad de su cuerpo con su edad real y obtenga pasos sencillos y personalizados sobre cómo mantener o mejorar su salud.
- Gane recompensas por actividades saludables como el seguimiento del sueño, la conexión de un dispositivo de salud portátil, el aprendizaje sobre salud financiera y más.
- Participe en retos divertidos para mantener la motivación e impulsar su progreso.

Lea artículos a través de la aplicación GO Wellbeing℠ sobre temas importantes tales como:

- Salud física
- Bienestar mental
- Salud financiera

1. La participación en el programa de bienestar GO Wellbeing es voluntaria. No es necesario completar la prueba RealAge para participar en el programa.
2. Aplica una tarifa de inscripción de $25 y una tarifa mensual de $25 por asegurado. Sujeto a impuestos. Edad mínima de 18 años para adquirir una membresía.
3. Llame al 911 en caso de emergencia médica. Este programa no sustituye la atención de un médico. Consulte a su médico para resolver cualquier duda o inquietud que tenga sobre salud.

Tivity Health™, un contratista independiente que administra la red de gimnasios Prime Network, proporciona el programa de acondicionamiento físico. La red Prime Network está conformada por gimnasios cuya administración y operación corren por su propia cuenta.

GO Wellbeing y todos los programas y servicios digitales asociados son administrados por Sharecare, Inc. Blue Cross and Blue Shield of Texas ha contratado a Sharecare para ofrecer una selección de programas, recursos y aplicaciones relacionadas con el estilo de vida.

Teladoc® HEALTH

Expertos en salud de su lado, desde cualquier lugar

Descubra un enfoque único para el manejo de los problemas de salud crónicos.



Manejo de la diabetes

Una forma personalizada de ayudarle a tratar la diabetes. Obtenga herramientas y apoyo para darle seguimiento sus niveles de azúcar en sangre y desarrollar hábitos de vida más saludables.

El programa incluye:

- Un medidor de glucosa en sangre conectado.
- Tiras reactivas y lancetas ilimitadas.
- Consejos, planes de acción y asesoramiento personalizado.
- Apoyo en tiempo real para lecturas fuera de rango.

Manejo de la hipertensión

Tome el control de su salud cardíaca con orientación y un plan personalizado. Con un tensiómetro inteligente, puede realizar un seguimiento, recibir apoyo, configurar recordatorios y enviar mensajes a un asesor, todo en un solo lugar.

El programa incluye:

- Un tensiómetro conectado.
- Planes de acción paso a paso basados en sus objetivos.
- Consejos sobre nutrición y actividad física.
- Apoyo personalizado de asesores expertos.

Dependiendo de su elegibilidad, es posible que reciba comunicaciones sobre uno o varios de estos programas. Una vez que se inscriba, recibirá apoyo para los programas que se adapten a sus necesidades específicas.

Inscríbase ahora

Visite **TeladocHealth.com/Smile (haga clic en "ES") o llame al 800-835-2362**

Las comunicaciones del programa Teladoc Health están disponibles en español. Al inscribirse, podrá configurar el idioma que prefiera para las comunicaciones provenientes del medidor y del programa. Para inscribirse en español, llame al 800-835-2362 o visite TeladocHealth.Com/Hola

El programa incluye información sobre tendencias y apoyo en su cuenta segura de Teladoc Health y en la aplicación móvil, pero no incluye un teléfono ni una tableta. Debe tener un teléfono inteligente iPhone o Android e instalar la aplicación Teladoc Health para participar en el programa de Teladoc Health. Su cobertura médica o su empleador le ofrecen este programa sin costo alguno para usted.

© Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Las marcas y los logotipos de Teladoc Health son propiedad de Teladoc Health, Inc. Todos los programas y servicios están sujetos a los términos y condiciones aplicables.

PM019618.A

CM-MP-10E-H23-1_3606560_O2_081123_PC

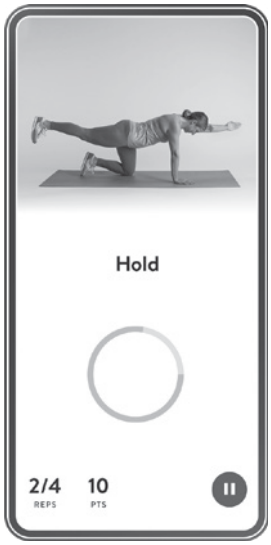


Reduzca el dolor de la espalda y de las articulaciones sin medicamentos ni cirugías

Es elegible para unirse a Hinge Health. Venza el dolor de espalda, rodilla y otros dolores articulares y musculares **sin costo adicional para usted**. Su familia podría ser elegible también. Los programas incluyen lo siguiente:

- **Terapia de ejercicios personalizada.**
- **Asesoría individualizada con un promotor de salud ilimitada.**
- **Tecnología de seguimiento del movimiento para obtener comentarios sobre su forma al instante.**

En promedio, los participantes reducen su dolor hasta un 68%.[1]



Escanee el código QR para obtener más información o inscríbase en
hinge.health/northeastisd (en inglés)

¿Tiene preguntas? Llame al (855) 902-2777

* La elegibilidad para recibir tapete de yoga se basa en el programa asignado.

Los empleados y los derechohabientes mayores de 18 años inscritos en una cobertura médica a través del North East Independent School District (Distrito Escolar Independiente del Noreste) son elegibles.

[1]Después de 12 semanas, en un estudio en participantes de un programa para el dolor crónico de rodilla y espalda. Bailey JF, et al. *Digital Care for Chronic Musculoskeletal Pain: 10,000 Participant Longitudinal Cohort Study.* J Med Internet Res 2020;22(5):e18250.

¡Tiene cobertura desde el principio!*

Blue Cross and Blue Shield of Texas colabora con Maven Clinic para brindarle apoyo desde antes de la concepción hasta la mediana edad.*



Opciones del programa

Fertilidad y formación de familias	Embarazo y posparto	Crianza de los hijos y pediatría	Menopausia y mediana edad
Incluye información sobre cómo quedar embarazada, fecundación en vitro (IVF, en inglés), gestación subrogada y adopción.	Brindar apoyo a la madre y al bebé durante el primer año de vida del bebé.	Contenido centrado en la salud familiar para niños hasta los 18 años de edad.	Apoyo específico para afrontar la mediana edad.

Tanto usted como su pareja se pueden inscribir.

Solo siga los siguientes pasos para poder participar:

1

Escanee el código QR para descargar la aplicación.

Android **iOS**

2

Cree una cuenta usando su correo electrónico personal. Luego, deberá proporcionar datos como su nombre legal y su fecha de nacimiento.

3

Programe su cita introductoria con un asesor de atención médica. Esto es opcional, pero recomendable.

* Consulte sus beneficios para ver qué programas están a su disposición.

Asesor de atención médica exclusivo

Se le asignará un asesor de atención médica exclusivo que podrá responder sus preguntas, ayudarle a encontrar recursos y gestionar su atención médica entre BCBSTX y Maven. Se ofrecen opciones de vídeo y mensajería. Hay asesores de atención médica disponibles para ayudarle en más de 35 idiomas.

Aprendizaje

Tiene acceso a una amplia gama de temas personalizados basados en su situación actual en lo que respecta a su recorrido de salud. Esto incluye seminarios web, artículos, consejos útiles, clases grupales virtuales y en vivo, y mucho más.

Asesoramiento virtual

Tendrá acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a profesionales médicos y asesores de Maven en más de 30 especialidades, incluyendo:

Médicos

- Endocrinólogos reproductivos
- Ginecólogos obstetras
- Pediatras

Otros profesionales médicos

- Consultores de lactancia
- Consejeros en salud mental
- Doulas
- Nutricionistas

Asesores

- Adopción
- Gestación subrogada
- Sueño
- Crianza de los hijos
- Menopausia
- Carrera profesional



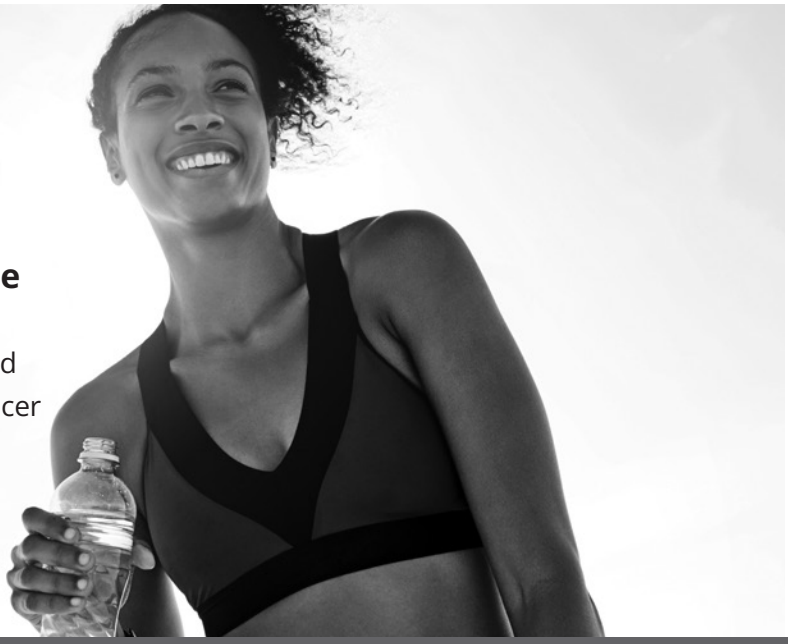
"Maven ha sido un programa increíble durante una época abrumadora. ¡No tengo palabras suficientes para elogiar la plataforma, la aplicación, mi asesor de atención médica y todos los fantásticos profesionales médicos!"

– Asegurado de Maven

Si tiene alguna pregunta o problema con la inscripción, comuníquese con el equipo de atención en **support@mavenclinic.com**. También puede llamar al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

Maven Clinic es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar atención y gestión de enfermedades para asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

¡Es hora de recibir recompensas por cuidar su salud!



Programa de incentivos de North East Independent School District (Distrito Escolar Independiente del Noreste)

Nos hemos asociado con Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) para ofrecer recompensas en favor de la salud.

Complete dos pasos para ganar $75 en crédito para el pago de la prima:

Paso 1: Realice la prueba RealAge.

Paso 2: Acumule 200 puntos en actividades.

Actividades disponibles para ganar puntos:			
200 puntos	100 puntos	50 puntos	25 puntos
Complete los exámenes preventivos.	Desafío del monitor de caminatas.	Reciba la vacuna contra la gripe (en una clínica H-E-B o en el consultorio de su PCP).	Asista a un seminario web de ComPsych.
O complete un examen biométrico, a través de su médico de atención primaria, en el evento NEISD, o a través de Catapult Health VirtualCheckup®.	Desafío LifeSpeak.	Inscripción activa en el programa de acondicionamiento físico de BCBSTX.	Asista a un seminario web de Airrosti.
O realícese un examen físico con su PCP.	Inscríbase en un programa de Teladoc Health™.		Asista a un seminario web de BCBSTX.
	Inscríbase en el programa Wondr™.		
	Inscríbase en el programa Hinge Health.		

¡Examine su estado de salud!

Descubra cuál es su estado de salud realizando la prueba de RealAge. Responda algunas preguntas sobre su salud y su estilo de vida. Luego, reciba sugerencias de programas que le pueden ayudar a mejorar su salud y mantenerla.

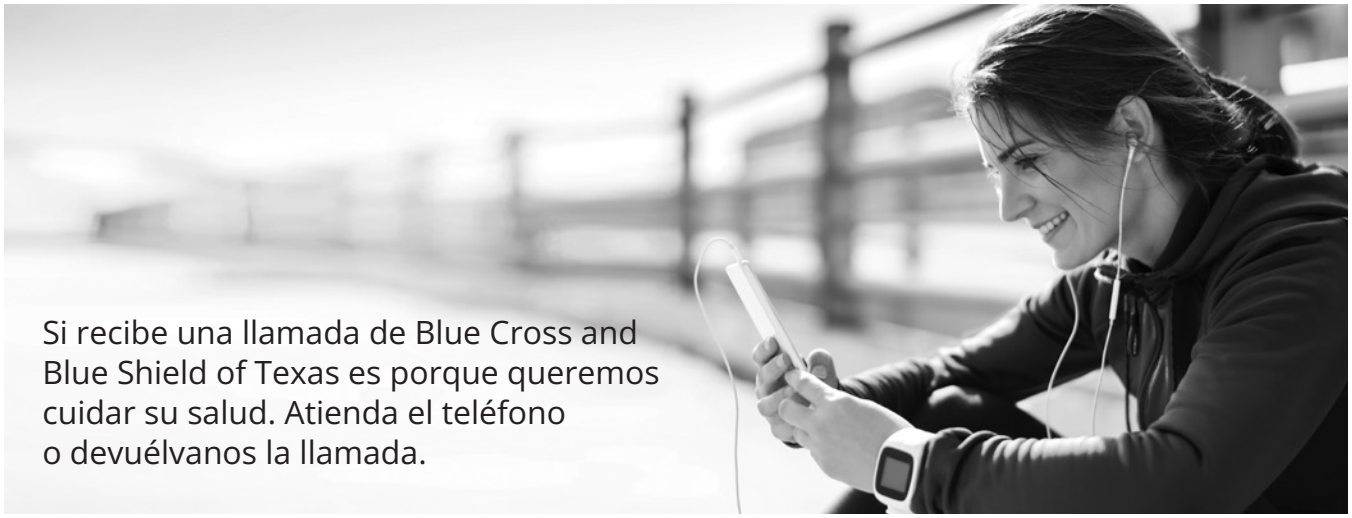
Teladoc es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer soluciones de manejo de enfermedades crónicas a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

Preguntas frecuentes

- **¿Es necesario tener un seguro de BCBSTX por medio del distrito para poder participar?** Sí. El crédito para el pago de la prima de $75 solo está disponible para los empleados con cobertura de BCBSTX por medio de North East ISD.
- **¿Está disponible para los cónyuges y los derechohabientes con cobertura de BCBSTX?** No. Los puntos para ganar la contribución para la prima son solo para los empleados.
- **¿Cuáles son los requisitos para ganar el incentivo?** Todos los empleados elegibles deben completar dos pasos para ganar $75 en crédito para el pago de la prima. Debe completar la prueba RealAge y ganar 200 puntos en actividades.
- **¿Cómo se paga el crédito para el pago de la prima?** El crédito para el pago de la prima se pagará de forma trimestral, a través de su cheque de pago. Se gana una vez por año calendario, sin importar la cantidad de puntos que usted gane.
- **¿Cuánto tiempo tengo para completar las actividades y ganar puntos?** Puede comenzar a ganar puntos el 1 de enero de 2027. Deberá completar todas las actividades antes del 5 de noviembre de 2027.
- **¿Cómo puedo ganar puntos?** Se ganan puntos a través de varias actividades. Consulte el cuadro.
- **¿Cómo puedo completar el examen biométrico?** Los exámenes biométricos se pueden realizar en el consultorio de su PCP, o se pueden completar a través de Catapult Health VirtualCheckup®.
- **¿Qué exámenes preventivos son adecuados para mí?** Puede encontrar las pautas recomendadas de bienestar en **neisd.net**, (haga clic en "Translate" y elija "Spanish"). Ingrese en **"Departamentos"** (Departments) y haga clic en **"Bienestar de los empleados"** (Employee Wellness) y en la pestaña de BCBSTX.
- **¿Cómo me puedo inscribir en un Desafío de monitor de caminatas o en un Desafío LifeSpeak?** Habrá cuatro oportunidades de participar en los desafíos: dos Desafíos de monitor de caminatas y dos Desafíos LifeSpeak. Recibirá los detalles de las fechas y la información sobre la inscripción de **wellness@neisd.net**. Cuando esté disponible, se publicará un calendario completo en **neisd.net** (haga clic en "Translate"y elija "Spanish"), en la sección **"Departamentos"** (Departments) y la opción **"Bienestar de los empleados"** (Employee Wellness).
- **¿Es necesario ver los seminarios web en vivo para ganar puntos?** Se permitirá que los seminarios web grabados ganen los mismos créditos que los seminarios web en vivo, siempre y cuando el empleado de NEISD complete el formulario de grabación del seminario web que se encuentra en el sitio web de Bienestar del Empleado en un plazo de 30 días después de ver la grabación.
- **¿Cómo obtengo acceso a la prueba RealAge?** Visite **espanol.bcbstx.com**. Inicie sesión con su usuario y contraseña de Blue Access for Members. Acceda al portal GO Wellbeing, de Sharecare.
- **¿Cómo me puedo inscribir en el programa de acondicionamiento físico de BCBSTX?** Visite **espanol.bcbstx.com** e inicie sesión en BAM. Bajo la sección **"Salud y bienestar"**, elija **"Programa de acondicionamiento físico"**. En esta página, se puede inscribir, buscar gimnasios cercanos y obtener más información sobre el programa.
- **¿Cómo puedo confirmar mis puntos?** No se puede acceder de forma indiscriminada a los puntos. Sin embargo, puede consultarlo con su Coordinador de bienestar. Si tiene alguna pregunta relacionada a sus puntos y actividades, comuníquese con Katherine Schneider por correo electrónico a **wellness@neisd.net**.

Airrosti es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer servicios para el manejo del dolor de espalda y de las articulaciones.
Catapult Health es un proveedor independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para realizar exámenes de salud y bienestar.
ComPsych Corp. es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer servicios de asistencia al empleado.
Hinge Health es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer un programa musculoesquelético en línea.
Wondr Health es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer un programa de reducción del síndrome metabólico.
Estos servicios están destinados a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX. BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.
GO Wellbeing y todos los programas y servicios digitales asociados son administrados por Sharecare, Inc. Blue Cross and Blue Shield of Texas ha contratado a Sharecare para ofrecer una selección de programas, recursos y aplicaciones relacionadas con el estilo de vida.

Esta es una llamada que no querrá perderse



Su cobertura médica incluye el apoyo de enfermeros y otros profesionales de la salud llamados “asesores médicos”* para usted y los miembros de su familia que tengan cobertura. Este servicio adicional está disponible sin costo adicional para usted.

BCBSTX puede llamar para brindarle ayuda con lo siguiente:

- Obtener la atención médica que necesita para tratar enfermedades o lesiones graves.
- Tener un embarazo y un bebé saludables.
- Si estuvo en el hospital o se sometió una cirugía mayor.

Las llamadas de nuestros asesores médicos no son llamadas de venta. Podríamos pedirle información como su nombre, fecha de nacimiento o su domicilio para asegurarnos de estar hablando con usted. Toda la información que le proporcione a BCBSTX es confidencial, como lo exige la ley.

Si no logramos comunicarnos con usted, devuélvanos la llamada. Estamos a sus órdenes.

* Los asesores médicos no reemplazan la atención de un médico. Consulte a su médico para resolver cualquier duda o inquietud médica que tenga.

Atención médica conveniente al alcance de la mano



Obtener atención cuando y donde la necesita se volvió más fácil

Enfermarse nunca es conveniente. Y encontrar el momento para ir al médico puede ser difícil. Blue Cross and Blue Shield of Texas les brinda a usted y a sus derechohabientes asegurados acceso a la atención médica para cuestiones de salud que no sean emergencias y cuestiones de salud mental por medio de MDLIVE.

Ya sea que esté en su casa o de viaje, el acceso a un médico avalado en su especialidad con contrato independiente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede hablar con un médico de inmediato o programar una cita según su disponibilidad. Las consultas virtuales también pueden ser una mejor alternativa a ir a la sala de emergencias o al centro de atención médica inmediata.

Los médicos y los terapeutas de MDLIVE pueden tratar los siguientes problemas médicos y mucho más:

- Alergias
- Asma
- Náuseas
- Infecciones de los senos paranasales
- Resfriado
- Gripe
- Problemas de oído
- Ansiedad/depresión
- Comportamiento infantil/problemas de aprendizaje
- Problemas matrimoniales

No todas las coberturas ofrecen el servicio de Consultas virtuales. El servicio de atención médica inmediata está limitado a video interactivo en línea para los profesionales médicos con licencia en Nuevo México y en el Distrito de Columbia. El servicio de consultas de salud mental requiere video para la consulta inicial; posteriormente, puede usarse video o audio para las consultas de seguimiento según el criterio clínico del profesional médico. No todas las coberturas ofrecen el servicio de salud mental.

La disponibilidad de servicio dependerá de la ubicación a la hora de la consulta.

MDLIVE®, una compañía aparte, opera y administra el programa de consultas virtuales para Blue Cross and Blue Shield of Texas, y es el único responsable de su funcionamiento y del de sus profesionales médicos contratados.

MDLIVE® y el logotipo de MDLIVE son marcas registradas de MDLIVE, Inc., y queda prohibido su uso sin autorización por escrito.

Programas y servicios de salud y bienestar para ayudarle a vivir mejor

Con GO Wellbeing, de Sharecare, usted tiene varias opciones:

- Encuentre recursos y consejos para cuidar su mente y su cuerpo.
- Realice la prueba RealAge para comparar la edad de su cuerpo con su edad real y obtenga pasos sencillos y personalizados sobre cómo mantener o mejorar su salud.
- Gane recompensas por actividades saludables como el seguimiento del sueño, la conexión de un dispositivo de salud portátil, el aprendizaje sobre salud financiera y más.
- Participe en retos divertidos para mantener la motivación e impulsar su progreso.

Características adicionales:

- Artículos sobre salud y herramientas de aprendizaje personalizados (en varios idiomas).
- La opción de conectar sus dispositivos portátiles y aplicaciones, y obtener recompensas por las actividades que ya realiza, así como por nuevos hábitos saludables.
- Desafíos de bienestar para mantener la motivación y el enfoque en sus metas.
- El Índice de Bienestar Comunitario, que le muestra dónde puede disfrutar del aire libre en su zona y cómo se comparan sus niveles de actividad con los de otras personas en todo el país.
- Lea artículos a través de la aplicación GO Wellbeing sobre temas importantes tales como:
  - Salud física
  - Bienestar mental
  - Salud financiera

Go Points*

Con el programa Blue Points, puede ganar puntos por participar con regularidad de una variedad de actividades saludables. Luego, podrá canjear sus puntos por artículos y servicios populares de salud y bienestar.

Gestione sus puntos de forma sencilla: El portal interactivo hace que sea fácil entender cuántos puntos se pueden ganar. También puede hacer un seguimiento de la cantidad total de puntos ganados. Toda la información sobre sus puntos aparecerá en una misma pantalla.

Obtenga más puntos Blue Points: El programa de puntos Blue Points le da la opción de complementar su saldo de puntos usando una tarjeta de crédito para canjear sus puntos por una recompensa más grande.

Amplia selección de recompensas: Canjee los puntos que ha ganado con esfuerzo en un centro comercial en línea con amplia oferta. Las categorías de recompensas incluyen indumentaria, libros, productos y servicios de salud y cuidado personal, joyería, aparatos electrónicos, música y artículos deportivos. Además, consulte la sección de Recompensas en oferta para ver artículos con descuentos, incluidos aparatos electrónicos, juegos, equipaje y mucho más.

Participe en actividades que coincidan con sus objetivos

¡Vea con qué rapidez se acumulan sus puntos Blue Points! Aquí le mostramos algunas de las actividades que puede realizar para ganar Blue Points:

Actividades	Posibles montos de Go Points
Completar la prueba RealAge cada seis meses.	2,500 puntos cada seis meses.
Tomar las 12 clases de un curso autodirigido.	1,000 puntos por trimestre.
Hacer un seguimiento de su progreso hacia sus objetivos en el portal Well onTarget.	10 puntos, hasta un máximo de 70 puntos por semana.
Inscribirse en el programa de acondicionamiento físico.	2,500 puntos.
Agregar visitas semanales al gimnasio del programa de acondicionamiento físico a su rutina.	Hasta 300 puntos por semana.
Completar cualquier examen de objetivos de un curso autodirigido.	Hasta 250 puntos por mes.
Conectar un dispositivo o aplicación de acondicionamiento físico compatibles al portal.	2,675 puntos.
Hacer un seguimiento del progreso usando un dispositivo o aplicación de acondicionamiento físico sincronizados.	55 puntos por día.

* Las reglas del programa Blue Points están sujetas a cambios sin previo aviso. Para obtener más información, consulte las reglas del programa en el portal. Es posible que su empresa tenga programas de recompensas adicionales para alentarle a aprovechar ciertas actividades de atención médica preventiva y de bienestar, o hacer cambios en favor de la slaud. Consulte sus beneficios de empleado.

GO Wellbeing y todos los programas y servicios digitales asociados son administrados por Sharecare, Inc. Blue Cross and Blue Shield of Texas ha contratado a Sharecare para ofrecer una selección de programas, recursos y aplicaciones relacionadas con el estilo de vida.

Autorización previa/Gestión de la utilización de tratamientos

Su programa de cobertura médica requiere que ciertos servicios y procedimientos de atención médica cuenten con autorización previa. La autorización previa ayuda a asegurar que usted recibe la atención médica adecuada y médicamente necesaria. Cuando se recibe atención médica innecesaria o atención médica necesaria en un centro que no es el adecuado (p. ej., en un contexto de hospitalización en vez de ambulatorio), aumentan sus gastos de bolsillo y los costos totales de su atención médica. Debido a que la autorización previa es tan importante, cualquier servicio o procedimiento designado que no cuente con esta autorización previa puede conllevar una multa que usted deberá pagar. Su prestador de servicios médicos de la red gestionará la autorización previa por usted. Sin embargo, si su prestador de servicios médicos de la red no proporciona o coordina su atención médica, entonces usted será responsable de obtener la autorización previa llamando al número que figura en su tarjeta de asegurado.

Programa de asistencia al empleado

NEISD les ofrece a todos sus empleados y derechohabientes elegibles el Programa de asistencia al empleado, que proporciona asesoramiento a corto plazo por problemas personales, familiares o de estrés. Para obtener más información detallada, ingrese al sitio web de beneficios para los empleados en **neisd.net/Benefits** (haga clic en "Translate" y elija "Español") y haga clic en **"Explore nuestros beneficios"** (Browse Our Benefits).

Programa de medicamentos recetados

Todas las coberturas médicas de NEISD, excluyendo la cobertura de indemnización por hospitalización, incluyen un programa de cobertura para medicamentos recetados, así como un programa de entrega de medicamentos a domicilio. Las farmacias participantes incluyen Walgreen's y H-E-B. Cuando va a una farmacia que participa de la red, usted paga un monto determinado de copago y cualquier costo máximo permitido, si aplica, por un suministro de hasta 30 días. (consulte "Términos que debe saber" en la página 24). Puede usar el envío de medicamentos a domicilio por un suministro de hasta 90 días con dos copagos. Los medicamentos recetados de BlueEdge están incluidos al 100% luego de alcanzar el deducible. No se aplica el copago. Usted no tiene la obligación de comprar sus medicamentos por medio del servicio de entrega a domicilio, pero ahorrará dinero si lo hace.

Los programas de terapia escalonada le ayudan a gestionar el costo de los medicamentos recetados y el costo total de su atención médica. Este enfoque fomenta el uso seguro y a precio módico de los medicamentos al probar primero con medicamentos de costo más bajo, cuando sea posible. En los casos en los que los medicamentos alternativos no sean adecuados, su médico podrá solicitar una excepción al programa de terapia escalonada.

Todas las pólizas incluyen la cobertura para medicamentos recetados de venta en locales comerciales y con envío a domicilio. Las coberturas PPO y HMO son parte de un programa de copagos de seis niveles. El seguro de gastos médicos dirigido al consumidor (CDHP, en inglés) aplica todos los gastos elegibles de medicamentos recetados al deducible, excepto los medicamentos recetados preventivos, que están incluidos al 100%.

- Los medicamentos genéricos están disponibles por un copago de $10.
- Los medicamentos genéricos no preferenciales están disponibles con un copago del 50% ($25 como mínimo y $35 como máximo).
- Los medicamentos de marca preferenciales se encuentran disponibles con un copago de $40.
- Los medicamentos de marca no preferenciales están disponibles con un copago del 50% ($70 como mínimo y $100 como máximo).
- Los medicamentos especializados preferenciales se encuentran disponibles con un copago de $100.
- Los medicamentos especializados no preferenciales se encuentran disponibles con un copago del 50% ($150 como mínimo y $250 como máximo).
- Los medicamentos recetados para dejar de fumar están incluidos.
- Los programas de terapia escalonada y autorización previa funcionan según lo descrito anteriormente.

Se le recomienda que consulte con su médico sobre la elección de un medicamento genérico o preferencial a fin de aprovechar al máximo su beneficio. Una copia de la Lista de medicamentos preferidos se encuentra disponible en **espanol.bcbstx.com**.

Programa de asistencia para gastos compartidos de medicamentos especializados

Es posible que se pueda inscribir en un nuevo programa de asistencia para gastos compartidos de medicamentos especializados bajo su cobertura de servicios en farmacias y para medicamentos. Este programa puede ayudarle a reducir sus gastos de bolsillo para medicamentos especializados selectos.

Si su medicamento especializado incluido es parte de este nuevo programa, es posible que usted tenga un copago de $0. Deberá surtir su receta médica en una farmacia de medicamentos especializados Accredo para participar de este programa. Para inscribirse, llame Accredo al **833-721-1619**.

Como parte de este programa, cualquier monto pagado por un fabricante de medicamentos (por medio de un programa de asistencia de gastos compartidos o del valor de un cupón) por sus medicamentos especializados ya no se aplicará a su deducible (si es parte de la cobertura) ni a su gasto máximo de bolsillo anual.

Para verificar si su medicamento especializado es parte de este programa, o si tiene alguna otra pregunta, puede llamar al número que figura en su tarjeta de asegurado.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios farmacéuticos que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para administrar servicios en farmacias y cobertura para medicamentos. BCBSTX, como así también varias otras coberturas independientes de Blue Cross and Blue Shield, tiene interés de propiedad en Prime Therapeutics.

Accredo es una farmacia de medicamentos especializados contratada para proporcionar servicios a los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Un servicio de entrega (por correo) de medicamentos a domicilio en el que puede confiar

La farmacia Express Scripts® Pharmacy le entrega sus medicamentos a largo plazo (o de mantenimiento) en el lugar de su preferencia. Ya no tendrá que manejar hasta la farmacia. ni hacer fila para surtir sus medicamentos recetados.

Ahorro y conveniencia

- La farmacia Express Scripts Pharmacy entrega un suministro de hasta 90 días de medicamentos a largo plazo.[1]
- Los medicamentos con receta se entregan en el domicilio de su elección, dentro de EE. UU., con envío estándar gratis.
- Puede comprar desde la comodidad de su hogar, por medio de un dispositivo móvil, en línea o por teléfono. Su médico puede enviar su receta médica por fax o de forma electrónica, o llamar por teléfono a la farmacia Express Scripts Pharmacy.
- Se usa un embalaje sin marcas y a prueba de manipulaciones para proteger su privacidad.

Apoyo y servicio

- Usted puede recibir avisos por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto, según prefiera, cuando su compra se confirme y se envíe. De ser necesario, se lo contactará para completar su compra. Para seleccionar su preferencia para recibir avisos, inscríbase en línea en **express-scripts.com/es/rx** o llame al **833-715-0942.**
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a un equipo de farmacéuticos expertos y personal de apoyo.
- Elija si prefiere recibir recordatorios para volver a surtir su receta médica por teléfono o por correo electrónico.
- Contamos con múltiples farmacias ubicadas en EE. UU., lo que nos permite procesar y surtir los medicamentos rápidamente.



Cómo empezar a usar el servicio de entrega a domicilio de la farmacia Express Scripts® Pharmacy en línea y a través de dispositivos móviles

Tiene más de una opción para surtir o volver a surtir una receta médica en línea o desde un dispositivo móvil:

- Ingrese a **express-scripts.com/es/rx**. Siga las instrucciones para inscribirse y crear un perfil. Consulte sus medicamentos recetados activos o envíe una solicitud para volver a surtirlos.
- Inicie sesión en **myprime.com** (haga clic en "Esp") y siga los enlaces a la farmacia Express Scripts® Pharmacy.

Por teléfono
Llame al **833-715-0942**, con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para volver a surtir o transferir un medicamento recetado vigente, o para comenzar a usar el servicio de entrega a domicilio. Tenga a mano su tarjeta de asegurado, la información de su receta médica y los datos de contacto de su médico.

Por correo postal

Para enviar una receta médica por correo, ingrese a **espanol.bcbstx.com** e inicie sesión en Blue Access for Members. Complete el formulario de entrega por correo. Envíe por correo la receta médica, el formulario de solicitud completo y el pago a la farmacia Express Scripts Pharmacy.

Hable con su médico
Pídale a su médico una receta médica para un suministro de hasta 90 días de cada uno de sus medicamentos a largo plazo.[1] Puede pedirle a su médico que envíe la receta de forma electrónica a la farmacia Express Scripts Pharmacy, que llame al **888-327-9791** para obtener instrucciones para enviarla por fax o que llame a la farmacia al **833-715-0942**. Si necesita comenzar a tomar su medicamento de inmediato, solicite una receta médica para un suministro de hasta un mes, la cual puede surtir en una farmacia local en locales comerciales.

Volver a surtir un medicamento es fácil
Las fechas para volver a surtir una receta médica se encuentran en la etiqueta de cada medicamento recetado. Puede optar para que la farmacia Express Scripts Pharmacy le envíe recordatorios por teléfono o por correo electrónico cuando sea hora de volver a surtir un medicamento. Elija el recordatorio que mejor le funcione a usted.

¿Tiene preguntas?
Ingrese a **espanol.bcbstx.com**. o llame al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

Use la aplicación móvil para gestionar sus recetas médicas:
- Volver a surtir medicamentos recetados.
- Hacer un seguimiento de su orden.
- Realizar pagos.
- Configurar recordatorios para tomar sus medicamentos y más.

1. Medicamentos con receta para un suministro de hasta 90 días, o la cantidad máxima permitida por la cobertura.

Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para proporcionar la entrega de medicamentos a domicilio a los asegurados de Texas. Express Scripts® Pharmacy y Blue Cross and Blue Shield of Texas mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes. Express Scripts® Pharmacy es una marca registrada de Express Scripts Strategic Development, Inc.

Prime Therapeutics LLC es una compañía que presta gestión de beneficios farmacéuticos, contratada por BCBSTX para proporcionar la gestión de beneficios farmacéuticos y otros servicios relacionados. BCBSTX, como así también varias coberturas independientes de Blue Cross and Blue Shield, tiene interés de propiedad en Prime Therapeutics LLC. Prime Therapeutics LLC ofrece el sitio digital www.myprime.com/es.html.

¿Necesita medicamentos especializados?



Blue Cross and Blue Shield of Texas les ofrece apoyo a los asegurados que necesitan medicamentos especializados autoadministrados y les ayuda a gestionar su tratamiento. Accredo® es una farmacia de medicamentos especializados elegida para hacer precisamente eso.[1]

Los medicamentos especializados se suelen recetar para tratar problemas médicos complejos o crónicos, tales como la esclerosis múltiple, la hepatitis C y la artritis reumatoide.

Cuando se trata de medicamentos especializados, se suele seguir con cuidado un plan de tratamiento (o se los suele tomar siguiendo horarios estrictos). Estos medicamentos tienen necesidades de manejo y almacenamiento especiales y es posible que solo ciertas farmacias los tengan disponibles.

Algunos medicamentos especializados deben ser administrados por un profesional médico, mientras que otros están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) para autoadministrarse (es decir, que usted mismo o un cuidador se lo administra). Los medicamentos que deben ser administrados por un profesional médico suelen estar incluidos en su cobertura médica. Su médico solicitará estos medicamentos. La cobertura para los medicamentos especializados autoadministrados normalmente se proporciona por medio de sus servicios en farmacias y cobertura para medicamentos. Su médico debe ordenar una receta médica o llamar por teléfono para que se puedan surtir los medicamentos especializados autoadministrados en una farmacia especializada.

Es posible que su cobertura le solicite que obtenga los medicamentos especializados autoadministrados por medio de Accredo u otra farmacia de la red. Si no acude a estas farmacias, es probable que deba pagar gastos de bolsillo más altos.[2] Su médico también puede solicitar medicamentos especializados selectos que deberá administrar un profesional médico por medio de Accredo.

Ejemplos de medicamentos especializados autoadministrados

Este cuadro muestra algunos de los problemas médicos para los que se pueden usar medicamentos especializados autoadministrados para tratamiento, junto con ejemplos de estos medicamentos. Esta no es una lista completa y puede cambiar de vez en cuando. Ingrese a **espanol.bcbstx.com** para ver una lista actualizada de los medicamentos especializados.

Condition	Sample Medications[3]
Autoimmune Disorders	Cosentyx, Enbrel, Humira, Xeljanz
Osteoporosis	Forteo, Tymlos
Cancer (oral)	Gleevec, Nexavar, Sprycel, Sutent, Tarceva
Growth Hormones	Norditropin Flexpro, Nutropin AQ, Omnitrope
Hepatitis C	Daklinza, Epclusa, Harvoni, Mavyret, Sovaldi, Vosevi
Multiple Sclerosis	Betaseron, Copaxone, Rebif

Apoyo para gestionar su problema de salud: Accredo

Accredo trabaja con el 99% de los medicamentos especializados, lo que significa que es más probable que pueda obtener todos sus medicamentos especializados en una misma farmacia. Por medio de Accredo, usted puede recibir a domicilio sus medicamentos especializados autoadministrados con cobertura. Cuando compra sus medicamentos especializados por medio de Accredo, usted obtiene lo siguiente:

- Asesoramiento personalizado de más de 500 farmacéuticos especialistas en problemas médicos específicos y más de 600 enfermeros.
- Comunicación sencilla, incluidos los recordatorios para volver a surtir medicamentos por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o por el sitio web[4].
- Un sitio en línea para asegurados para volver a surtir medicamentos, hacer un seguimiento del estado de la compra y del envío, ver la compra y el historial de medicamentos, configurar las preferencias de su perfil y obtener más información sobre su problema médico.
- Una aplicación móvil que le permite volver a surtir medicamentos y hacer un seguimiento de sus recetas médicas, y realizar pagos.
- Programar recordatorios para tomar sus medicamentos[4].
- Envío estándar sin costo.
- Apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Hacer pedidos a través de Accredo

Usted puede pedir un nuevo medicamento con receta o transferir a Accredo una receta médica actual para un medicamento especializado autoadministrado. Para comenzar a usar Accredo, llame al **833-721-1619**. Un representante de Accredo trabajará junto a su médico en todo lo demás.

Una vez que se haya inscrito, puede gestionar sus recetas médicas en **es.accredo.com** o por medio de la aplicación móvil.

Recibir medicamentos especializados

Debido a que muchos medicamentos especializados tienen necesidades de envío y manejo únicas, los envíos se coordinarán con usted por medio de Accredo. Los medicamentos se envían en empaques sin marcas, seguros y a prueba de manipulaciones.

Antes de la fecha prevista para surtir el medicamento, se lo contactará para lo siguiente:

- Confirmar sus medicamentos, la dosis y el domicilio de entrega.
- Verificar si su médico realizó algún cambio a la receta médica.[5]
- Hablar sobre cualquier cambio en su problema de salud o responder preguntas sobre su salud.[5]

Apoyo personalizado

Accredo cuenta con 15 centros de recursos terapéuticos Therapeutic Resource Centers®, cada uno enfocado en un determinado problema médico especializado. Por medio de las sesiones de asesoramiento personalizado, se hablará sobre cómo minimizar el progreso de su enfermedad y alcanzar los objetivos de tratamiento, gestionar cualquier efecto secundario de sus medicamentos, ayudarle a cumplir con su régimen y darle seguimiento a su progreso. También pueden ofrecer apoyo relacionado con las inquietudes financieras o sobre seguros que usted pueda tener.

Es posible que se apliquen ciertas exclusiones y limitaciones en la cobertura, en función de su póliza. Para ciertos medicamentos, los asegurados deben cumplir con determinados requisitos antes de que se apruebe la cobertura para medicamentos recetados. Consulte los materiales sobre beneficios para obtener más detalles o, si tiene preguntas, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

1. Blue Cross and Blue Shield of Texas tiene contratos con Prime Therapeutics para proporcionar la gestión de cobertura de servicios en farmacia y para medicamentos y otros servicios relacionados. BCBSTX, como así también varias coberturas independientes de Blue Cross and Blue Shield, tiene interés de propiedad en Prime Therapeutics.
2. La red de farmacias especializadas de BCBSTX incluye a Accredo, así como a otras farmacias especializadas de la red para medicamentos especializados selectos. Según la cobertura, es posible que los asegurados sean responsables del costo total del medicamento especializado si no usan una farmacia especializada de la red. Puede iniciar sesión en su cuenta de Blue Access for Members℠ para buscar una farmacia de medicamentos especializados de la red cerca de usted.
3. Las marcas de terceros son propiedad de sus respectivos dueños.
4. No todos los medicamentos se pueden volver a surtir por la aplicación, por mensaje de texto o por correo electrónico.
5. Las decisiones de tratamiento recaen en usted y el médico.

Accredo está contratada para proporcionar servicios para BCBSTX. Accredo es una marca registrada de Express Scripts Strategic Development, Inc.

TÉRMINOS

que debe saber

Conocer estos términos le será de uso para leer esta guía sobre cómo solicitar cobertura.

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio: Una ley integral promulgada en 2010 con el objetivo de reformar el sistema de atención médica de EE. UU. para mejorar el acceso y la asequibilidad para más estadounidenses.

Cantidad permitida: La cantidad máxima determinada por la cobertura médica para ser elegible para la consideración de pago por un servicio, un suministro o un procedimiento en particular.

Blue Essentials HMO: La cobetura
Blue Essentials HMO le ofrece acceso a una red estatal de hospitales y médicos. Como asegurado de Blue Essentials, usted elige a un prestador de atención médica primaria de la red Blue Essentials. Podría beneficiarse de tener a un solo médico encargado de coordinar su atención médica. Su médico llega a conocerle a usted y sus antecedentes médicos, puede detectar cambios en su salud, además de supervisar su atención de rutina y referirle a un especialista si es necesario.

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés): Una ley federal que requiere que las coberturas médicas grupales les permitan a los empleados y a ciertos derechohabientes continuar su cobertura grupal por un período de tiempo determinado, luego de un suceso que lo hace elegible, el cual causa la pérdida de la cobertura médica grupal. Los sucesos que lo hacen elegible incluyen la reducción de las horas de trabajo, la muerte o el divorcio de un empleado con cobertura y la finalización del contrato laboral.

Seguro de gastos médicos dirigido al consumidor (CDHP, en inglés): La combinación de una cobertura médica con deducible alto con una cuenta de ahorros para gastos médicos o cuenta de reembolsos por gastos médicos que se puede usar para alcanzar el deducible. Está diseñado para incentivar a las personas a involucrarse de forma más activa en la toma de sus propias decisiones de atención médica (p. ej., determinar su seguro de gastos médicos, elegir al profesional médico, seleccionar servicios médicos y gestionar su acondicionamiento físico y bienestar propios).

Cantidad del copago (copago): El monto determinado que usted paga por ciertos servicios médicos y medicamentos recetados. Por ejemplo, para una consulta presencial con un profesional médico de la red con las coberturas de Blue Choice, usted solo paga $25/$35* del costo de ese servicio.

Cantidad compartida: El porcentaje de los gastos médicos que comparten usted y la cobertura. Por ejemplo, si la cantidad compartida es "80/20", esto significa que la cobertura paga el 80% y usted paga el 20% de los gastos elegibles.

Deducible: La cantidad permitida de gastos elegibles que usted paga antes de que se comiencen a aplicar los beneficios médicos.

Responsabilidad del empleador: A partir de 2014, si un empleador con al menos 50 empleados equivalentes de tiempo completo no proporciona un seguro de gastos médicos a precio módico y un empleado usa un crédito fiscal que lo ayude a pagar por un seguro a través del Intercambio de seguros médicos, el empleador deberá pagar una tarifa para ayudar a cubrir el costo del crédito fiscal.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés): Una ley federal que establece ciertas normas y requisitos que deben cumplir las coberturas médicas grupales patrocinadas por el empleador, las compañías aseguradoras y las organizaciones de atención médica administrada para proporcionar cobertura de seguro de gastos médicos a individuos y grupos. La modificación más reciente añadió normas de privacidad que entraron en vigor el 14 de abril de 2003.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés): Una cuenta con beneficios sobre los impuestos, propiedad del individuo que se puede transferir y que solo ciertos individuos pueden tener. La HSA tiene el propósito exclusivo de pagar gastos médicos elegibles.

* Si un médico de atención primaria presta el servicio, el copago es de $25. Si un especialista presta el servicio, el copago es de $35.

Atención médica administrada: Un acuerdo mediante el cual los profesionales médicos, incluidas las farmacias y los servicios de salud mental participantes, han acordado cobrar tarifas negociadas por servicios y proporcionar atención médica adecuada y a precio módico.

PPO con costo máximo permitido (MAC, en inglés) III: El 1 de enero de 2014, North East ISD agregó el programa "Asegurado paga la diferencia" (MPTD, en inglés) a su cobertura de medicamentos recetados por medio de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Este programa se aplicará a los medicamentos recetados surtidos en farmacias en locales comerciales y por envío a domicilio. El programa MPTD está diseñado para promover el uso seguro y a precio módico de los medicamentos.

¿Qué significa esto para usted? Cuando un médico incluye en la receta "despachar como se recetó" y usted obtiene un medicamento de marca para el cual hay un equivalente genérico disponible, usted será responsable del copago de su medicamento de marca preferencial y de la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y su equivalente genérico, hasta el costo total del medicamento.

Los medicamentos genéricos actúan de la misma forma que los de marca, y generalmente cuestan menos.

Este es un ejemplo para un suministro para 30 días de un medicamento:

Copago del medicamento de marca preferencial	= **$40**
Costo del medicamento de marca	= **$200**
Costo del medicamento genérico equivalente	= **$55**
Diferencia entre el medicamento de marca y su equivalente genérico	= **$145 ($200 a $55)**
Usted paga:	
El copago del medicamento de marca preferencial de $40 **+** $145 de diferencia entre el medicamento de marca y su equivalente genérico.	
Su gasto de bolsillo	= **$185**



Incluso si su médico indica "no sustituir" en la receta médica, usted deberá pagar la diferencia en el costo. Recuerde que las decisiones sobre tratamientos las toman siempre usted y su médico.

Beneficio anual máximo: El monto máximo en dólares que su cobertura médica pagará por un servicio médico en particular o por todos los servicios médicos que reciba durante un año. Los límites en dólares no están permitidos para los servicios esenciales para la salud.

Procedimiento en consultorio: Todo servicio que se presta en el consultorio del prestador de servicios médicos o en los centros para pacientes ambulatorios, lo cual incluye, entre otros, procedimientos quirúrgicos o ciertos procedimientos para pacientes ambulatorios. Por ejemplo, las resonancias magnéticas, las tomografías computarizadas y los procedimientos de diagnóstico médico, entre otros.

Límite de gastos de bolsillo: Este monto incluye el deducible, el porcentaje de coaseguro, los copagos para medicamentos recetados y los copagos médicos. Si usted alcanza el límite de gastos de bolsillo de su cobertura, la cobertura luego pagará el 100% de la cantidad permitida por cualquier gasto elegible por el resto del año calendario.

Autorización previa: Su cobertura requiere una autorización previa para todas las hospitalizaciones, las hospitalizaciones prolongadas, los gastos por atención médica extendida, la terapia de infusión en el hogar y los trasplantes de órganos y tejidos. La autorización previa requiere que usted, su médico, el hospital o un miembro de su familia llame al número para llamadas sin costo que se encuentra en su tarjeta de asegurado antes de recibir servicios. Un enfermero que gestiona beneficios colaborará con el consultorio de su médico para completar el proceso. Para obtener una certificación previa, llame sin costo al siguiente número: **800-441-9188.**

Cobertura de la lista de medicamentos preferenciales: Una lista de medicamentos recetados comunes (también llamada "lista de medicamentos recetados"). No todos los medicamentos enumerados en la lista de medicamentos recetados de una cobertura médica se encuentran incluidos automáticamente bajo esa cobertura.

Cobertura de Organización de Prestadores de servicios médicos Preferenciales (PPO, en inglés): Un programa de atención médica que le permite a usted decidir si prefiere recibir atención por medio de la red de prestadores de servicios médicos participantes o fuera de la red. En la red, el nivel de beneficios es más alto que fuera de la red y usted pagará menos gastos de bolsillo.

Médico de atención primaria (PCP, en inglés): El médico que usted elige para ser su principal prestador de atención médica. Su PCP coordina toda su atención médica, incluidas las hospitalizaciones y los referidos a especialistas.

Lista de profesionales médicos: Una lista de médicos, hospitales y otros prestadores de servicios médicos que participan de la red. Para obtener la información más actualizada, ingrese a **espanol.bcbstx.com**.

Especialistas: Los especialistas son médicos que han completado un nivel avanzado de educación y entrenamiento clínico en un área específica de la medicina.

Lista de medicamentos (Formulary) especializados: Los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar problemas de salud graves o crónicos.

Medicamentos especializados que no figuran en la lista de medicamentos: Los medicamentos que no se encuentran en una lista de medicamentos aprobada por la cobertura.

Terapia escalonada: Los programas de terapia escalonada le ayudan a gestionar el costo de los medicamentos recetados y el costo total de su atención médica. Este enfoque fomenta el uso seguro y a precio módico de los medicamentos al probar primero con medicamentos de costo más bajo, cuando sea posible. En los casos en los que los medicamentos alternativos no sean adecuados, su médico podrá solicitar una excepción al programa de terapia escalonada.

que sea el adecuado para usted

Disminuya sus costos por medio del buscador de farmacias y medicamentos preferenciales

Disminuya sus gastos de bolsillo al usar una farmacia que tenga contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas. El buscador de farmacias se encuentra disponible en **www.myprime.com/es.html** para ayudarle a encontrar farmacias con contrato ubicadas cerca de su hogar u oficina.

Otra forma de ahorrar en sus gastos de medicamentos recetados es hablar con su médico para que consulte nuestra Lista de medicamentos biosimilares (Performance Select Biosimilar List) antes de recetarle uno.

La ***Lista de medicamentos*** (Performance Drug List) se actualiza con regularidad para incluir medicamentos genéricos vigentes y un grupo selecto de medicamentos de marca. Puede buscar según la clasificación terapéutica de un medicamento o averiguar si hay un equivalente genérico disponible.



BCBSTX y Prime Therapeutics han agregado programas de medicamentos recetados valiosos este año, que trabajan detrás de escena para brindarle beneficios a usted y a North East ISD. Usted, el asegurado, NO tiene que hacer nada. Se aplicarán ciertos medicamentos genéricos y especializados contra varios programas de cupones automáticamente, para asegurarnos de que pague la menor cantidad disponible de su bolsillo, y que North East ISD también ahorre.

La información del directorio en línea Provider Finder se actualiza con regularidad.

CALENDARIO DE

beneficios

	Blue Essentials: HMO Option		Blue Choice PPO: High Option	
	En la red	Fuera dela red	En la red	Fuera dela red
Información general				
Deducible por año calendario Individuo Familia	 $2,500 $6,500	 N/C N/C	 $2,000 $5,000	 $3,000 $9,000
Coaseguro máximo				
Individuo	$5,000 por año calendario	N/C	$3,000 por año calendario	$5,000 por año calendario
Familia	$9,500 por año calendario	N/C	$7,250 por año calendario	$13,500 por año calendario
Límite de gastos de bolsillo[1]				
Individuo	$7,500 por año calendario	N/C	$5,000 por año calendario	$8,000 por año calendario
Familia	$16,000 por año calendario	N/C	$12,250 por año calendario	$22,500 por año calendario
Cobertura máxima de por vida (por persona)	Ilimitada	N/C	Ilimitada	Ilimitada
Otro				
Deducible de hospital (por ingreso)	$100	N/C	$100	$250
Multa por no tener autorización previa	N/C	N/C	N/C	$500
Se requiere referido del PCP	Sí	N/C	No	No
Limitaciones por problemas de salud preexistentes	No	N/C	No	No
Servicios médicos				
Consulta presencial	100% luego de un copago de $25	N/C	100% luego de un copago de $25	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consulta presencial para atención médica inmediata	100% luego de un copago de $45	N/C	100% luego de un copago de $45	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consultas presenciales con especialistas/Airrosti	100% luego de un copago de $35	N/C	100% luego de un copago de $35	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Clínicas en locales comerciales	100% luego de un copago de $25	N/C	100% luego de un copago de $25	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consultas virtuales MDLIVE	100% luego de un copago de $15	N/C	100% luego de un copago de $15	N/C
Procedimiento en consultorio para exámenes de rutina	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Examen ginecológico	100%	N/C	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Examen de detección de cáncer	100%	N/C	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Examen de la vista (1 cada 12 meses)	100% luego de un copago de $25/$35[3]	N/C	100% luego de un copago de $25/$35[3]	70% luego de alcanzar el deducible
Examen de audición	100% luego de un copago de $25/$35[3]	N/C	100% luego de un copago de $25/$35[3]	70% luego de alcanzar el deducible
Atención médica para el bienestar infantil	100%	N/C	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Vacunas Gripe Neumococo Herpes zóster (culebrilla), edad mínima de 50 años Rabia Hepatitis B Tétanos, difteria y tos ferina (T-Dap, en inglés) Vacuna antitetánica	100%	N/C	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Pruebas y tratamiento de alergias				
Pruebas	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Inyecciones	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consulta presencial	100% luego de un copago de $25/$35[3]	N/C	100% luego de un copago de $25/$35[3]	70% luego de alcanzar el deducible
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible

	BlueEdge HSA	
	En la red	Fuera dela red
Información general		
Deducible por año calendario		
Individuo	$3,500[2]	$7,000
Familia	$10,400	$20,800
Coaseguro máximo		
Individuo	$3,500 por año calendario[2]	$7,000 por año calendario
Familia	$10,400 por año calendario	$20,800 por año calendario
Límite de gastos de bolsillo**	Ilimitado	Ilimitado
Individuo	$3,500 por año calendario[2]	$7,000 por año calendario
Familia	$10,400 por año calendario	$20,800 por año calendario
Cobertura máxima de por vida *(por persona)*	Ilimitada	Ilimitada
Otro		
Deducible de hospital *(por ingreso)*	N/C	N/C
Multa por no tener autorización previa	N/C	$500
Se requiere referido del PCP	No	No
Limitaciones por problemas de salud preexistentes	No	No
Servicios médicos		
Consulta presencial	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Consulta presencial para atención médica inmediata	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Consultas presenciales con especialistas/ Airrosti	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Clínicas en locales comerciales	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Consultas virtuales MDLIVE	100% luego de alcanzar el deducible	N/C
Procedimiento en consultorio para exámenes de rutina	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Examen ginecológico	100%	60% luego de alcanzar el deducible
Examen de detección de cáncer	100%	60% luego de alcanzar el deducible
Examen de la vista *(1 cada 12 meses)*	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Examen de audición	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Atención médica para el bienestar infantil	100%	60% luego de alcanzar el deducible
Vacunas	100%	60% luego de alcanzar el deducible
Gripe		
Neumococo		
Herpes zóster (culebrilla), edad mínima de 50 años		
Rabia		
Hepatitis B		
Tétanos, difteria y tos ferina (T-Dap, en inglés)		
Vacuna antitetánica		
Pruebas y tratamiento de alergias		
Pruebas	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Inyecciones	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Consulta presencial	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible



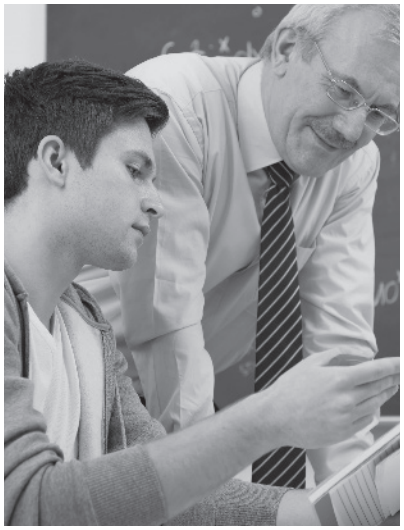
1. Límite de gastos de bolsillo: deducible, porcentaje del coaseguro, copago para medicamentos recetados y copago médico.
2. Incremento de $100 debido a una regulación del IRS.
3. Si un médico de atención primaria presta el servicio, el copago es de $25. Si un especialista presta el servicio, el copago es de $35.

Los beneficios de la cobertura se pagan en un porcentaje de la cantidad permitida, según lo estipula Blue Cross and Blue Shield of Texas.

La comparación no es el resumen de la descripción de la cobertura. Consulte su resumen de la descripción de la cobertura en el certificado de beneficios y servicios médicos para ver una descripción detallada de su cobertura médica, incluidas las limitaciones y exclusiones. Los beneficios se pagarán solo de acuerdo con el resumen de la descripción de la cobertura.

	Blue Essentials: HMO Option		Blue Choice PPO: High Option	
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Limitaciones por problemas de salud preexistentes	No	No	No	No
Servicios hospitalarios				
Gastos hospitalarios por hospitalización	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Cirugía para pacientes externos	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Servicios de emergencia	80% luego de un copago de $200 (si se ingresa al paciente, queda eximido de pagar el copago)	N/C	90% luego de un copago de $200 (si se ingresa al paciente, queda eximido de pagar el copago)	90% luego de un copago de $200
(Solo en centros)	Exento del pago del deducible	N/C	Exento del pago del deducible	Exento del pago del deducible
Uso de la sala de emergencias en casos que no son de emergencia	50% luego de alcanzar el deducible	N/C	50% luego de alcanzar el deducible	50% luego de alcanzar el deducible
Limitaciones por problemas de salud preexistentes	No	N/C	No	No
Otros servicios				
Servicios quiroprácticos				
Consulta presencial	100% luego de un copago de $25/$35[3]	N/C	100% luego de un copago de $25/$35[3]	70% luego de alcanzar el deducible
Otros servicios	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Máximo	35 consultas por año calendario	N/C	35 consultas por año calendario	35 consultas por año calendario
Equipo médico duradero	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Atención de enfermería especializada o centro para pacientes terminales	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Máximo de días por año calendario	120 días	N/C	120 días	120 días
Centro para pacientes terminales	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Cobertura máxima de por vida	Ilimitado	N/C	Ilimitado	Ilimitado
Atención médica en el hogar	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Máximo por año calendario	120 consultas	N/C	120 consultas	120 consultas
Medicamentos con receta				
Tarjeta de farmacias en centros comerciales (copago para un suministro de 30 días)	100% luego del copago	Consulte el Resumen de la descripción de la cobertura	100% luego del copago	Consulte el Resumen de la descripción de la cobertura
Genéricos	$10		$10	
Genéricos no preferenciales	50% ($25 como mínimo y $35 como máximo)		50% ($25 como mínimo y $35 como máximo)	
Medicamentos de marca preferenciales	$40		$40	
Medicamentos de marca no preferenciales	50% ($70 como mínimo y $100 como máximo)		50% ($70 como mínimo y $100 como máximo)	
Especializados preferenciales	$100		$100	
Especializados no preferenciales	50% ($150 como mínimo y $250 como máximo)		50% ($150 como mínimo y $250 como máximo)	
Vacunas incluidas Gripe Neumococo Herpes zóster (culebrilla), edad mínima de 50 años Rabia Hepatitis B Tétanos, difteria y tos ferina (T-Dap, en inglés) Vacuna antitetánica	100%		100%	
Medicamentos con receta con envío a domicilio (copago para un suministro de 90 días)	2 veces el monto del copago en locales comerciales		2 veces el monto del copago en locales comerciales	
Genéricos		N/C		N/C
Medicamentos de marca preferenciales				
Medicamentos de marca no preferenciales				
Servicios de salud mental				
Pacientes hospitalizados	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Hospitalización parcial	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Asesoramiento para pacientes ambulatorios	80% luego de alcanzar el deducible	N/C	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible

	BlueEdge HSA	
	En la red	Fuera de la red
Limitaciones por problemas de salud preexistentes	No	No
Servicios hospitalarios		
Gastos hospitalarios por hospitalización	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Cirugía para pacientes externos	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Servicios médicos de emergencia (si se ingresa al paciente, queda eximido de pagar el copago)	100% luego de alcanzar el deducible	100% luego de alcanzar el deducible
(Solo en centros)	100% luego de alcanzar el deducible	100% luego de alcanzar el deducible
Uso de la sala de emergencias en casos que no son de emergencia	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Limitaciones por problemas de salud preexistentes	No	No
Otros servicios		
Servicios quiroprácticos		
Consulta presencial	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Otros servicios	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Máximo	35 consultas por año calendario	35 consultas por año calendario
Equipo médico duradero	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Atención de enfermería especializada o centro para pacientes terminales	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Máximo de días por año calendario	120 días	120 días
Centro para pacientes terminales	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Cobertura máxima de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Atención médica en el hogar	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Máximo por año calendario	120 consultas	120 consultas
Medicamentos con receta		
Tarjeta de farmacias en centros comerciales (copago para un suministro de 30 días)	100% luego de alcanzar el deducible	Consulte el Resumen de la descripción de la cobertura
Genéricos		
Genéricos no preferenciales		
Medicamentos de marca preferenciales		
Medicamentos de marca no preferenciales		
Especializados preferenciales		
Especializados no preferenciales		
Vacunas incluidas	100% luego de alcanzar el deducible	
Gripe		
Neumococo		
Herpes zóster (culebrilla), edad mínima de 50 años		
Rabia		
Hepatitis B		
Tétanos, difteria y tos ferina (T-Dap, en inglés)		
Vacuna antitetánica		
Medicamentos con receta con envío a domicilio (copago para un suministro de 90 días)	100% luego de alcanzar el deducible	
Genéricos		N/C
Medicamentos de marca preferenciales		
Medicamentos de marca no preferenciales		
Servicios de salud		
Pacientes hospitalizados	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Hospitalización parcial	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible
Asesoramiento para pacientes ambulatorios	100% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible



1. Límite de gastos de bolsillo: deducible, porcentaje del coaseguro, copago para medicamentos recetados y copago médico.
2. Incremento de $100 debido a una regulación del IRS.
3. Si un médico de atención primaria presta el servicio, el copago es de $25. Si un especialista presta el servicio, el copago es de $35.

Los beneficios de la cobertura se pagan en un porcentaje de la cantidad permitida, según lo estipula Blue Cross and Blue Shield of Texas.

La comparación no es el resumen de la descripción de la cobertura. Consulte su resumen de la descripción de la cobertura en el certificado de beneficios y servicios médicos para ver una descripción detallada de su cobertura médica, incluidas las limitaciones y exclusiones.
Los beneficios se pagarán solo de acuerdo con el resumen de la descripción de la cobertura.

¿Qué es una emergencia?	Por atención médica de emergencia se entienden los servicios de atención médica prestados en un centro hospitalario de emergencias (sala de emergencias) o en un centro comparable para evaluar y estabilizar problemas de salud de reciente aparición y gravedad, incluidos, entre otros, dolores intensos, que llevarían a una persona prudente que posea un conocimiento promedio de la medicina y la salud a creer que el estado, la enfermedad o las lesiones de la persona son de tal naturaleza que la falta de atención inmediata podría provocar lo siguiente: **1.** Poner en grave peligro la salud del paciente. **2.** Deficiencia grave de las funciones corporales. **3.** Ocasionar una disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo. **4.** Provocar desfiguración grave. **5.** En el caso de una mujer embarazada, peligro grave a la salud del feto o de la madre. Ejemplos de emergencias médicas incluyen, entre otros, los siguientes • Sangrado inusual • Sospecha de un ataque al corazón • Convulsiones • Dolor agudo en el abdomen o el pecho
¿Qué debo hacer cuando necesito atención médica de emergencia?	Si necesita atención médica de emergencia, llame al 911 o solicite la ayuda de un médico u hospital de inmediato. BCBSTX coordinará su atención médica con el profesional médico que atienda la emergencia.
¿Qué ocurre si voy a la sala de emergencias y me atiende un médico fuera de la red?	Si se trata de una emergencia, al médico se le pagará en el nivel de beneficios de la red, pero es probable que a usted se le facture el saldo por la diferencia entre los cargos facturados y los permitidos.
¿Qué ocurre si necesito atención médica que no es de emergencia mientras estoy fuera de la zona de San Antonio?	Comuníquese con su profesional médico de la red de Blue Choice PPO para coordinar su atención médica a fin de recibir el nivel más alto de beneficios. También puede comunicarse con un asesor de beneficios llamando al **800-521-2227**.
¿Estoy obligado a seleccionar un médico para todas mis necesidades de atención médica primaria?	No. Puede programar una cita con cualquier médico de la red de Blue Choice PPO, incluidos los especialistas. Usted puede seleccionar un médico de la red de Blue Choice PPO para que usted o un miembro de su familia le consulten todas sus necesidades de atención médica primaria. Coordine todos sus servicios de salud mental por medio del Programa de asistencia al empleado o llame a la línea telefónica de ayuda de salud mental al **800-528-7264**.

¿Cómo cambio mi médico de atención primaria?	No es necesario que elija un PCP. Llame y programe una cita con cualquier prestador de servicios médicos de la red de Blue Choice PPO. Si bien elegir un PCP no es necesario, usted debería considerar establecer una relación con un médico de Blue Choice PPO que conozca sus antecedentes médicos personales. Para ver la lista actualizada de los prestadores de servicios médicos de la red, ingrese a **espanol.bcbstx.com** y use el directorio en línea Provider Finder.
¿Mi cobertura tiene períodos de espera para problemas de salud preexistentes?	No. Debido a la reforma para el acceso a servicios de atención médica, no hay período de espera para los padecimientos preexistentes.
¿Puedo ver a mi ginecólogo-obstetra sin un referido?	Sí. Usted puede llamar y programar una cita con cualquier ginecólogo-obstetra de la red de Blue Choice PPO para obtener servicios de ginecología-obstetricia con el nivel de beneficios de la red. Los servicios prestados por médicos fuera de la red estarán cubiertos en el nivel de beneficios fuera de la red.
¿Qué ocurre si mi derechohabiente se muda fuera del área de San Antonio?	Notifique a su empleador sobre el cambio de domicilio de su derechohabiente y comuníquese con el Servicio al Cliente de BCBSTX al **800-521-2227** para solicitar un Directorio de prestadores de servicios médicos de Blue Choice PPO para el área del estado en el que su derechohabiente reside ahora.
¿Cómo puedo agregar un cónyuge o hijo derechohabiente a mi cobertura?	Para agregar como derechohabiente a un cónyuge o a un hijo menor de 26 años a su cobertura, debe enviar un formulario de solicitud de cobertura completo a BCBSTX por medio de la Oficina de Beneficios para los Empleados de NEISD dentro de los 31 días calendario de un cambio elegible en el estado familiar. Los cambios elegibles en el estado familiar incluyen el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la adopción legal de un hijo, el cambio en la custodia o la elegibilidad de un hijo, la ausencia por motivos de salud familiares o personales (FMLA, en inglés), la pérdida de otra cobertura y el cambio o la pérdida del empleo. Se solicitará documentación que avale todo cambio en el estado familiar.
¿Quién se considera un derechohabiente elegible?	Los derechohabientes elegibles incluyen a las siguientes personas: **1.** Su cónyuge. **2.** Sus hijos dentro de los límites de edad mencionados anteriormente. **3.** Cualquier otro hijo incluido como derechohabiente elegible en la cobertura.
¿Cómo puedo elegir un PCP?	Cuando contrató la cobertura HMO, se le pidió a usted y a los miembros de su familia que tienen cobertura que eligieran un PCP participante de la red. En caso de no haber seleccionado un PCP en aquel momento, se le asignó uno. Sin embargo, usted puede cambiar de PCP. Las especialidades más comunes entre las que se suele elegir a un PCP se encuentran los profesionales médico de familia, pediatras, geriatras, internistas y ginecólogos. Un especialista no es un PCP. Cada PCP cuenta con un número de identificación de 10 dígitos que incluye letras y números. Necesitará este número al solicitar cobertura o al cambiar de PCP. Este número se encuentra en el perfil del médico.

¿Cómo cambio mi PCP?	Para que sienta comodidad con la elección de sus médicos, puede cambiar de PCP una vez al mes por cualquier razón. El cambio será vigente a partir del primero del siguiente mes. Para cambiar de PCP dentro del mismo grupo de médicos que su PCP actual, solo tiene que llamar al grupo e informarles sobre su decisión. El grupo de médicos le avisará si el PCP que seleccionó está disponible y le informará la fecha de entrada en vigor del cambio. También puede cambiar de PCP en línea o por teléfono. Para ello, inicie sesión en Blue Access for Members en **espanol.bcbstx.com/member** o llame al número de servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado.
¿Cómo busco a un médico que participe de la red Blue Essentials?	Puede buscar desde su computadora, teléfono inteligente u otro dispositivo móvil. Visite **espanol.bcbstx.com/member** e inicie sesión en BAM. Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Para inscribirse a una cuenta de BAM, lo único que necesita es su número de grupo que se encuentra en su tarjeta de asegurado.
¿Puedo seguir atendiéndome con mi médico actual cuando me una?	Puede que su doctor ya se encuentre dentro de la red Blue Essentials. Si no es así y usted se encuentra en un proceso de evaluación o tratamiento médico cuando se une a la cobertura, puede solicitar el servicio de transición de la atención médica. Estos servicios médicos pueden autorizarse hasta por 90 días. Consulte la Explicación de beneficios o llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre el servicio de transición de la atención médica.
¿Necesito un referido para ver a un especialista?	Depende. No necesita una orden médica si usted consulta a otro PCP o especialista dentro del mismo grupo de médicos en el que participa su PCP y mientras se facture bajo el mismo número de identificación de impuesto. Pero si el especialista se encuentra fuera de su grupo de médicos, va a necesitar un referido del PCP. Los referidos tienen una vigencia limitada, así que asegúrese de revisar la fecha de vigencia. Tenga en cuenta que no todos los grupos de médicos PCP cuentan con especialistas en su clínica; por lo tanto, necesitaría un referido. No necesita un referido para recibir atención médica inmediata o de emergencia. Las mujeres tampoco necesitan un referido para consultar con un ginecólogo. Si necesita ayuda para buscar un prestador de servicios médicos de la red o si tiene preguntas sobre sus beneficios y servicios, puede llamar al número para llamadas sin costo que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

Si tiene alguna pregunta sobre HMO, llame a la línea de atención al cliente de HMO al **877-299-2377**.

Avisos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY HIPAA

El Aviso de prácticas de privacidad (el Aviso) describe las obligaciones legales de NEISD (la Cobertura) y sus derechos legales con relación a su información médica protegida (PHI, en inglés) en posesión de la cobertura conforme a la ley HIPAA de 1996 y a la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (Ley HITECH, en inglés). Entre otras cosas, el Aviso describe cómo se puede utilizar o divulgar su PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para cualquier otro propósito que esté permitido o requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle a usted este Aviso de prácticas de privacidad en conformidad con la ley HIPAA.

La norma de privacidad de la ley HIPAA protege solo cierta información médica, la cual se conoce como "información médica protegida". Por lo general, la PHI es información médica, incluida la información demográfica, que usted ha proporcionado o creada o recibida por un profesional médico, un centro de intercambio de información de atención médica, una cobertura médica o su empleador en nombre de una cobertura médica grupal, a partir de la cual es posible identificarlo individualmente y que se relaciona con lo siguiente:

1. Su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro.
2. La prestación de atención médica que le proporcionen.

-O-

3. El pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica que le proporcionen.

Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, o si quiere recibir una copia de este Aviso, comuníquese con la Oficina de Beneficios para los Empleados.

AVISO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

Para las hospitalizaciones por maternidad, de acuerdo con la ley federal, la cobertura no restringe los beneficios, para cualquier estadía hospitalaria de la madre o del recién nacido relacionada con el parto, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea.

Sin embargo, la ley federal no impide, por lo general, que el prestador de servicios médicos de la madre o del recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según el caso). La cobertura no puede solicitarle a un profesional médico que recete una estadía hospitalaria menor a 48 horas (o 96 horas en caso de parto por cesárea).

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

Si usted tuvo o va a tener una mastectomía, es posible que tenga el derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, en inglés). A las personas que reciben beneficios por una mastectomía, se les brindará cobertura para determinar los siguientes puntos en una consulta con un médico responsable y el paciente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Se brindarán estos beneficios sujetos a los mismos deducibles, copagos y coaseguros correspondientes a otros beneficios y servicios médicos y quirúrgicos que se proporcionan en su cobertura. Para obtener más información sobre los beneficios según la ley WHCRA, comuníquese con la Oficina de beneficios para el empleado de NEISD o con el administrador de su cobertura médica.

PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN DE 60 DÍAS

Además de los sucesos que lo hacen elegible enumerados en la guía de solicitud de cobertura y en este documento, usted y sus derechohabientes dispondrán de un período especial de 60 días para elegir o interrumpir la cobertura en los siguientes casos:

- La cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) suya o de su derechohabiente finaliza como resultado de la pérdida de la elegibilidad. -O-
- Usted o su derechohabiente pasan a ser elegibles para un subsidio de asistencia para la prima conforme a Medicaid o CHIP.

AVISO SOBRE SUS DERECHOS DEL PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN

Si no solicita cobertura médica para usted o sus derechohabientes (incluido su cónyuge) a causa de otro seguro de gastos médicos, puede solicitar cobertura para sí mismo o sus derechohabientes en la cobertura médica del distrito si usted o sus derechohabientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus derechohabientes). No obstante, debe solicitar cobertura dentro de los 31 días de la finalización de su otra cobertura o la de su derechohabiente (o después de que el empleador deje de contribuir a su otra cobertura). Además, si tiene un nuevo derechohabiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, puede solicitar cobertura para sí mismo y para sus derechohabientes en la cobertura médica de NEISD, siempre y cuando lo haga poniéndose en contacto con el coordinador de beneficios y servicios médicos dentro de los 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de beneficios para el empleado.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@hcsc.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر فارسي صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔855-710-6984 (711:TTY) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

BlueCross BlueShield of Texas

NORTH EAST ISD (NEISD)