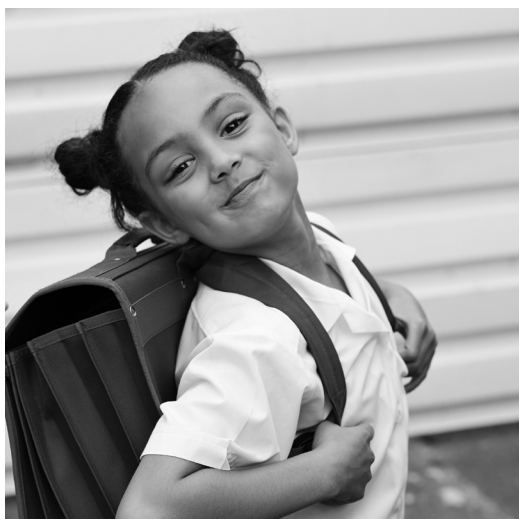
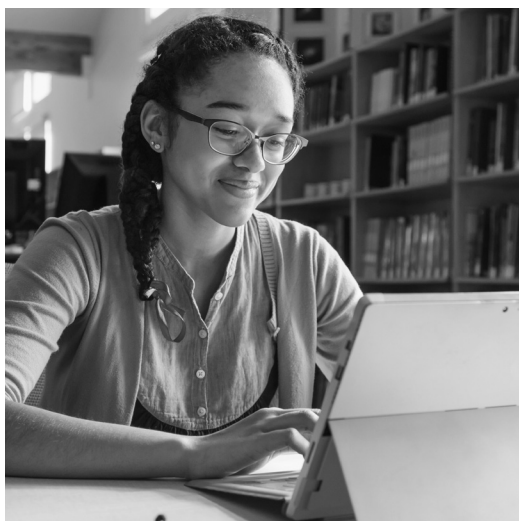


Guía de solicitud de cobertura para 2024

Conozca sus coberturas médicas



**BlueCross BlueShield
of Texas**



NORTH EAST ISD

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 (BVA, en inglés) de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX):

Blue Choice PPOSM Grupo #93748

Cuenta HSA de BlueEdgeSM/CDHP Grupo #190965

Servicio al Cliente/Asesor de beneficios (BVA) 800-521-2227

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.

**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 de la red (pero no podrán recomendar profesionales 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 del proceso de inconformidades y apelaciones.

Cambio de dirección

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

NEISD Employee Benefits Office

8961 Tesoro Dr., Suite
209 San Antonio, TX 78217

**De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 4:45 p. m.**

**210-407-0187
eb@neisd.net**

CÓMO

usar esta guía

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

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

Durante este período, usted puede solicitar cobertura 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.

Acerca de su programa de servicios médicos con cobertura de NEISD

El programa de servicios médicos con cobertura 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 lo 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 lo 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, use profesionales médicos de la red cada vez que necesite atención médica.

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

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 póliza.



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 de inscripción abierta anual. 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 descontarán de cada uno de sus cheques de pago durante el año de cobertura.

Elegibilidad

Para participar de 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 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 números de Seguro Social por parte de entidades no gubernamentales e individuos. En consecuencia, BCBSTX asignó números únicos de asegurado (UID, en inglés) para reemplazar los números de Seguro Social.



El mismo tratamiento a un costo menor¹

Usted puede elegir a dónde acudir para recibir atención médica. En muchos casos, puede 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 beneficios² de BCBSTX, que le puede brindar ayuda para obtener información sobre beneficios y encontrar profesionales de la red contratados para una variedad de servicios médicos, tales como los siguientes:

- tomografías computarizadas;
- resonancias magnéticas;
- endoscopias;
- colonoscopias;
- cirugía espinal o de espalda;
- cirugía de rodilla;
- cirugía de hombro;
- cirugía de reemplazo de cadera o articulaciones;
- cirugía bariátrica (la cobertura solo aplica para los centros de cirugía bariátrica de Blue Distinction®).

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

- ayudarlo a entender mejor sus beneficios;
- brindarle estimaciones de costo³ para servicios o procedimientos médicos;
- programarle una cita con el médico o para un procedimiento;
- ayudarlo a obtener información general sobre salud con respecto a su problema médico;
- brindarle ayuda con la certificación;
- informarle sobre las herramientas educativas 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 profesional médico de su elección y brindarle ayuda con la certificación.

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 prestadores de servicios médicos.
3. Las estimaciones de costo 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 prestador de servicios médicos y su cobertura en particular. La cobertura está sujeta a las limitaciones y exclusiones de su póliza.

El mismo procedimiento, diferentes costos y la posibilidad de obtener dinero

¿Sabía que puede haber una diferencia de miles de dólares en los precios de servicios médicos de la misma calidad en una misma zona y con la misma red de cobertura médica? El programa **Member Rewards**, administrado por Sapphire Digital, ofrece recompensas en efectivo cuando elige a un profesional médico de calidad a menor costo.

- 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 ayudarlo a recibir una recompensa en efectivo.

Procedimiento 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 ayudarlo a reducir los costos y tener más control sobre sus decisiones financieras de atención médica.

¿Qué es el programa de recompensas Member Rewards?

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, estudios, cirugías y mucho más.
- Realizar una estimación de los gastos de bolsillo.
- Ganar recompensas en efectivo.
- Ahorrar dinero y hacer uso eficiente de sus beneficios de atención médica.
- Consultar con sus médicos sobre sus decisiones de tratamiento.

	1. Encuentre una ubicación elegible para obtener recompensas al conocer y comparar opciones con el directorio en línea Provider Finder. Ingrese a espanol.bcbstx.com, inscríbase o inicie sesión en Blue Access for MembersSM, portal protegido para asegurados, y seleccione Atención médica (Find Care).
	2. Realícese el procedimiento u obtenga el servicio en la ubicación elegible para obtener recompensas que usted haya elegido.
	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 que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

MDX Medical, LLC conocida comercialmente como Sapphire Digital, una compañía de Zelis, es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) para administrar el programa de recompensas Member Rewards para los asegurados con cobertura a través de BCBSTX. Las opciones elegibles para recompensas y los montos de las recompensas están sujetos a cambios. La elegibilidad para las recompensas está sujeta a los términos y las condiciones del programa Member Rewards. La suma total que reciba en recompensas a través de este programa podría estar sujeta a impuestos. BCBSTX no proporciona asesoramiento fiscal. Los asegurados con cobertura de Medicaid o Medicare no son elegibles para recibir recompensas a través del programa Member Rewards. BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.

Los ejemplos anteriores corresponden a lugares y períodos de tiempo específicos y no pretenden representar los costos de los procedimientos en su zona.

Para reportar ingresos misceláneos, recibirá una declaración impositiva anual de Sapphire Digital. Si un asegurado recibe una recompensa en efectivo de \$600 o más en un año calendario, se le enviará el documento impositivo adecuado para que lo presente ante el Servicio de Impuestos Internos.

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 consistente, 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.

Centros Blue Distinction® de cirugía 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 cirugía bariátrica solo está incluida en los centros Blue Distinction®.

Centros Blue Distinction® de atención médica cardiovascular

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

Centros Blue Distinction® de 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® de reemplazo de rodilla y cadera

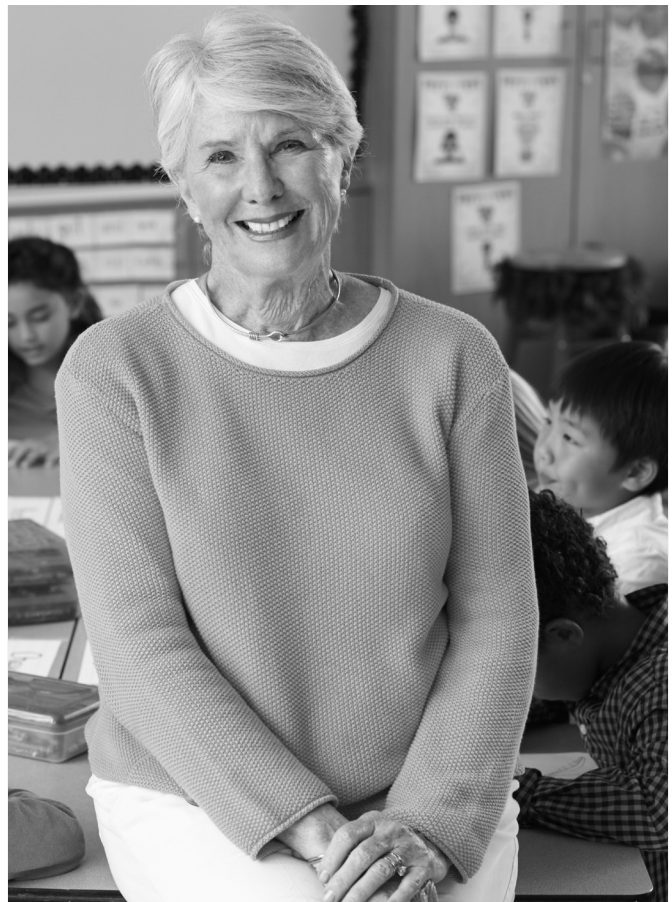
Prestan servicios de reemplazo de rodilla y cadera para pacientes internados, incluidas las cirugías de reemplazo total de rodilla y cadera.

Centros Blue Distinction® de cirugía de 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.



los servicios médicos

Coberturas Blue Choice PPO

Blue Choice PPO es una cobertura de organización de prestadores de servicios médicos preferenciales (PPO, en inglés) que ofrece flexibilidad para elegir 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 (PCP, en inglés). En cambio, usted trata directamente con cada profesional de la red. Si elige un profesional médico que no participa en la red, usted recibirá un nivel reducido de beneficios.

Blue Choice PPO ofrece una opción baja y una opción alta de cobertura PPO.

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

- copago de \$25/\$35* para consultas presenciales;
- deducible anual de \$2,000 para individuos y \$6,000 para familias;
- límite de gastos de bolsillo (por persona) de \$6,500 para individuos y \$15,000 para familias;
- cobertura del 100% en atención médica preventiva, que incluye, entre otros, la atención médica para el bienestar infantil, las vacunas, los exámenes de salud de la mujer (incluye una mamografía y una prueba de Papanicolaou cada 12 meses) y la atención médica de rutina para hombres (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 (ER, en inglés);
- deducible de \$100 por ingreso al hospital.

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

- copago de \$25/\$35* para consultas presenciales;
- deducible anual de \$1,500 para individuos y \$4,500 para familias;
- límite de gastos de bolsillo (por persona) de \$4,000 para individuos y \$11,250 para familias;
- cobertura del 100% en atención médica preventiva, que incluye, entre otros, la atención médica para el bienestar infantil, las vacunas, los exámenes de salud de la mujer (incluye una mamografía y una prueba de Papanicolaou cada 12 meses) y la atención médica

- de rutina para hombres (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 (ER, en inglés);
- 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. Inscribise y complete el curso autodirigido de 12 semanas Tobacco Free por medio del portal Well onTarget® 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 Tobacco User Declaration Form (declaración de uso de tabaco).

Beneficio de aparato auditivo

La cobertura incluirá aparatos auditivos médicamente necesarios, con un límite de uno por oreja 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 de 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.

* 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.

¿Por qué elegir BlueEdge?

La cobertura HSA de BlueEdge es un seguro de gastos médicos dirigido al consumidor (CDHP, en inglés) que lo 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 (HSA, en inglés) 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 HSA de BlueEdge se asegura de que usted cuente con lo siguiente:

- **Asequibilidad:** use los fondos de la cuenta de ahorros para gastos médicos para 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 que no se hayan utilizado se transferirán al próximo año, o bien usted puede transferir el dinero si cambia de cobertura médica o de trabajo, o si se jubila.
- **Control:** usted decide cómo, cuándo y dónde se utiliza su dinero destinado a la atención médica. Cuanto mejores sean las elecciones que realiza, más lejos podrá llegar con 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 se usan profesionales de la red.* No necesita alcanzar el deducible para aprovechar estos beneficios.
- **Herramientas en línea para la 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 MembersSM (BAMSM), un sitio web protegido y seguro, en espanol.bcbstx.com para hacer lo siguiente:
 - gestionar sus beneficios;
 - encontrar un profesional 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 el directorio en línea Provider Finder en español. bcbstx.com para consultar si su médico forma parte de la red o para buscar otro profesional 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 gratuitas de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado para obtener asistencia.

Más información sobre las cuentas de ahorros para gastos médicos

¿Qué es una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés)?

Una cuenta HSA es una cuenta con beneficios impositivos que se usa en conjunto con una cobertura médica compatible con HSA. Los fondos en la cuenta se usan para pagar gastos médicos que reúnan los requisitos 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 cuenta HSA?

Cualquier individuo elegible que cumpla con lo siguiente:

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

¿Cuáles son los beneficios de una cuenta HSA?

Los fondos de las cuentas HSA se transfieren de un año a otro. Además, hay beneficios impositivos 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 cuenta 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.

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

Comience a ahorrar más en atención médica



Cuentas de ahorros para gastos médicos

Incremente sus ahorros

Una cuenta de ahorros para gastos médicos, o HSA, es una cuenta de ahorros con ventajas sobre los impuestos que puede usar para gastos médicos. Además de permitirle ahorrar dinero en impuestos, las cuentas HSA le permiten hacer crecer su fondo para la jubilación.

Una cuenta HSA funciona de la siguiente manera:

- Contribuya a la cuenta HSA a través de deducciones en su nómina, transferencias bancarias en línea o cheques personales.
- Pague sus gastos médicos elegibles, los de su cónyuge y los de sus derechohabientes. Tanto los gastos actuales como los anteriores están incluidos si ocurrieron después de que abriera su cuenta HSA.
- Use su tarjeta de débito para los servicios médicos con cobertura del HSA Bank para pagar directamente o pague de su bolsillo para recibir un reembolso o para que sus fondos en la cuenta HSA crezcan.
- Transfiera los fondos que no usó al próximo año. Es su dinero de por vida.
- Invierta los fondos de la cuenta HSA y haga crecer sus ahorros potencialmente.¹

¿Qué incluye?

Usted puede usar los fondos de la cuenta HSA para pagar cualquier gasto médico elegible según el IRS, como las consultas a médicos, los gastos de hospitales, los medicamentos recetados, los exámenes dentales, las citas para el cuidado de la vista, los medicamentos de venta libre y más.

Ingrese en hsabank.com/QME (en inglés) para acceder a la lista completa.

¿Soy elegible para una cuenta HSA?

Es probable que sea elegible para abrir una cuenta HSA en los siguientes casos:

- tiene una cobertura médica con deducible alto acreditada (HDHD, en inglés);
- no tiene cobertura de ningún otro plan médico que no sea compatible con una cuenta HSA, como las Partes A y B de Medicare;
- no tiene cobertura de TriCare;
- nadie (además de su cónyuge) lo declaró como un derechohabiente en su declaración anual.

¿Cuánto puedo contribuir?

El Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) limita cada año la cantidad que puede contribuir a su cuenta HSA. Esto incluye las contribuciones de su empleador, cónyuge, padres y cualquier otra persona.²

2023		2024	
Límite de contribución máxima	 COBERTURA INDIVIDUAL	 COBERTURA FAMILIAR	Límite de contribución máxima
	\$3,850	\$7,750	
	 COBERTURA INDIVIDUAL	 COBERTURA FAMILIAR	
	\$4,150	\$8,300	

Contribuciones para recuperar tiempo

Puede ser elegible para hacer una contribución para recuperar tiempo de \$1,000 a su cuenta HSA si cumple con los siguientes requisitos:

- tiene más de 55 años;
- es titular de una cuenta HSA;
- no tiene cobertura de Medicare (si solicita la cobertura a mitad de año, las contribuciones anuales se pagan proporcionalmente).

Triple ahorro en impuestos

Una gran manera en la que las cuentas HSA pueden beneficiarlo es que le permiten ahorrar en impuestos de tres maneras.

- 1 No tiene que pagar impuestos federales sobre las contribuciones a su cuenta HSA.³
- 2 Las ganancias por intereses e inversiones no están sujetas a impuestos.
- 3 Las distribuciones no están sujetas a impuestos cuando se usan para gastos médicos elegibles.

¹ Las cuentas de inversión no están aseguradas por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC, en inglés), pueden perder su valor y no son un depósito ni tienen otra obligación de serlo, ni garantía del banco. Las pérdidas derivadas de la inversión que se reemplacen están sujetas a los límites anuales de contribución de la cuenta HSA.

² Las contribuciones que excedan los límites del IRS están sujetas a multas e impuestos, a menos que se retire el monto excedido o de ganancias antes de la fecha límite de declaración de impuestos, como se explica en la Publicación 969 del IRS.

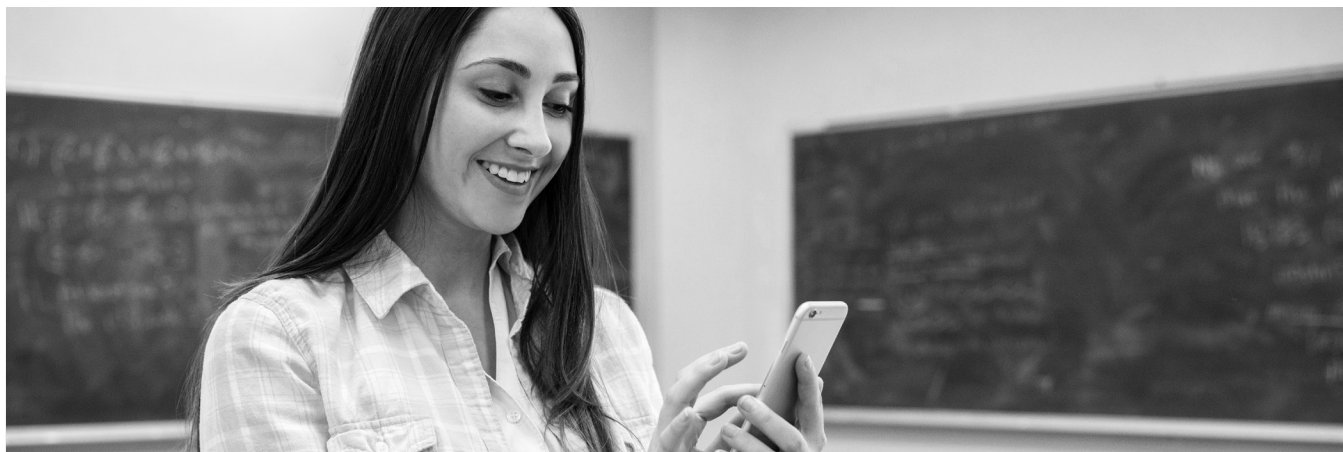
³ Los ahorros en impuestos federales están disponibles sin importar el estado donde viva. Las leyes fiscales estatales pueden variar. Consulte a un especialista en impuestos para obtener más información.



Visite **hsabank.com** (en inglés) o llame al número que se encuentra en su tarjeta de débito para obtener más información.



Atención médica al alcance de la mano



Con BAM, puede hacer lo siguiente:

- 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 “Inscríbase o inicie sesión en su cuenta” (Log Into My Account);
3. use la información en su tarjeta de asegurado de BCBSTX para inscribirse.

O envíe **BCBSTXAPP** por mensaje de texto* al **33633** para adquirir 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 salud o beneficios: ¡actualice su información de contacto hoy mismo!

En Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), 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. Por medio de un teléfono inteligente
 - Envíe **MYINFOTX** por mensaje de texto al **33633** para actualizar su información de contacto.*
 - También puede descargar la aplicación de BCBSTX, disponible para teléfonos inteligentes iPhone[®] y Android[™].
2. Por medio de una computadora
Puede ingresar en línea a través de Blue Access for MembersSM, portal protegido para asegurados. Visite **espanol.bcbstx.com/member**, haga clic en “Iniciar sesión o inscribirse” y luego en “Registrarse ahora”. Una vez que haya iniciado sesión en BAM, podrá actualizar su información de contacto haciendo clic en el enlace “Update now” (actualizar ahora) sobre el lado derecho.*

Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos.
Términos y condiciones y Declaración 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 MembersSM, portal protegido para asegurados, que está incluido en su cobertura. Adelante, ¡dé el primer paso hacia una versión más saludable de usted mismo!

¿Qué puede hacer?

- Ingrese a Well onTarget[®] para gestionar su bienestar general.
- Complete la Evaluación de salud para comenzar su camino hacia el bienestar con un informe personal sobre su salud.¹
- Participe en programas autodirigidos digitales que lo ayuden a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar.
- Vincule y haga un seguimiento de sus dispositivos de acondicionamiento físico y aplicaciones móviles de nutrición en un solo lugar.
- Gane y canjee puntos Blue PointsSM cuando complete actividades saludables.²
- Únase al programa de acondicionamiento físico con acceso a más de 10,000 gimnasios en todo el país.³
- Comuníquese con un enfermero las 24 horas del día.⁴
- Reciba apoyo de un especialista en maternidad durante el embarazo.

Recursos que lo ayudarán con lo siguiente:

- asma,
- dolor de espalda,
- presión arterial,
- colesterol,
- diabetes,
- alimentación saludable,
- bienestar financiero,
- salud del corazón,
- pérdida de peso,
- embarazo,
- dejar de fumar,
- estrés.

1. La participación en el programa de bienestar Well onTarget es voluntaria. No es necesario completar la Evaluación de salud para participar en el programa.

2. Las reglas del programa Blue Points están sujetas a cambios sin previo aviso. Consulte toda la información de las Reglas oficiales del programa en el portal Well onTarget en wellontarget.com (en inglés). El asegurado acepta cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales vigentes, así como presentar declaraciones y pagar todos los impuestos que resulten por recibir cualquier recompensa.

3. Aplica una tarifa de inscripción de \$25 y una tarifa mensual de \$25 por asegurado. Sujeto a impuestos. Edad mínima de 18 años para contratar una membresía.

4. 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.



Solicite cobertura en Livongo for Diabetes: es uno de los servicios médicos con cobertura

Se ofrece el programa a usted y a los miembros de su familia que tengan diabetes y cobertura a través de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).



Obtendrá esto y mucho más con tan solo inscribirse:



Un glucómetro avanzado

Desde crear registros para las citas con el médico hasta alertar a sus seres queridos cuando su glucosa en sangre se encuentra fuera de los niveles normales, el glucómetro de Livongo puede cargar y enviar alertas en tiempo real usando una red móvil.



Tiras y lancetas ilimitadas sin costo para usted

Obtenga la cantidad de tiras y lancetas que necesita sin costos ocultos. Cuando se le estén por terminar, le enviamos más suministros directamente a su hogar.



Consejos y apoyo en tiempo real de educadores con certificación en diabetes

Nadie lo conoce mejor que usted mismo, por eso, si alguna vez obtiene una medición de la glucosa en sangre cuyos valores están fuera del nivel normal, o si necesita consejos rápidos sobre cómo manejar la diabetes, el glucómetro le ofrece consejos luego de cada medición. El glucómetro de Livongo también puede ponerlo en contacto con educadores con certificación en diabetes cuando quiera más información detallada.

Lo único más sencillo que usar Livongo es inscribirse:



Pronto recibirá más información detallada sobre cómo inscribirse

EL PROGRAMA LIVONGO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

Cuando se registre, usted configurará el idioma de preferencia y luego el medidor y el programa estarán en español.



Una mejor presión arterial, ahora simplificada

El programa Livongo for Hypertension ofrece un tensiómetro avanzado y sencillo de usar combinado con el poder del asesoramiento personalizado incluido en Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).



El programa incluye tendencias y apoyo en su cuenta segura de Livongo y en la aplicación móvil, pero no incluye una tableta ni un teléfono. Debe tener un teléfono inteligente iPhone o Android e instalar la aplicación Livongo para participar en el programa Livongo for Hypertension.

Todo esto está disponible para usted sin costo alguno.



Consejos
personalizados
con cada
control de la
presión arterial



Apoyo
cuando más
lo necesita



Programe
recordatorios
para revisar su
presión arterial



Mediciones fáciles
de compartir con
su médico, cuando
lo desee y en
cualquier momento



Con la carga
automática, ya no
tendrá que anotar
números

Apoyo personalizado, único para usted



Para obtener más información sobre el programa,
visite www.livongo.com/?locale=es-US.



Apoyo durante algunas de las transiciones más importantes de la vida

Ovia+ ofrece apoyo para la salud reproductiva, comenzar una familia, tener un embarazo saludable, encontrar equilibrio en la vida como padre y manejar la menopausia. Ovia+ está incluida en los beneficios de la cobertura médica que ofrece Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).

Con Ovia+, usted tendrá acceso a lo siguiente:

- artículos y consejos personalizados todos los días para ayudarlo a alcanzar sus objetivos;
- mensajes ilimitados dentro de la aplicación con nuestro equipo de promotores de salud;
- análisis y comentarios al instante sobre su información de salud.

Siga estos pasos para comenzar a recibir apoyo:

1. Descargue la aplicación que le sirva.
2. Al inscribirse, elija la opción “Tengo Ovia Health como beneficio” (I have Ovia Health as a benefit).
3. Ingrese su cobertura médica (obligatorio).
4. Ingrese su empleador (opcional).
5. Explore la aplicación Ovia+.

¿Ya tiene una aplicación de Ovia Health en su teléfono?

1. Despliegue el menú “more” (más).
2. Haga clic en “My healthcare info” (Mi información de salud).
3. Ingrese su cobertura médica (obligatorio).
4. Ingrese su empleador (opcional).



Apoyo de la salud reproductiva, la fertilidad y la menopausia



Apoyo continuo para tener un embarazo saludable y feliz



Su recurso de confianza para recibir apoyo durante la crianza



¡Muy pronto!



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

Hinge Health será pronto parte de sus beneficios. Venga 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:

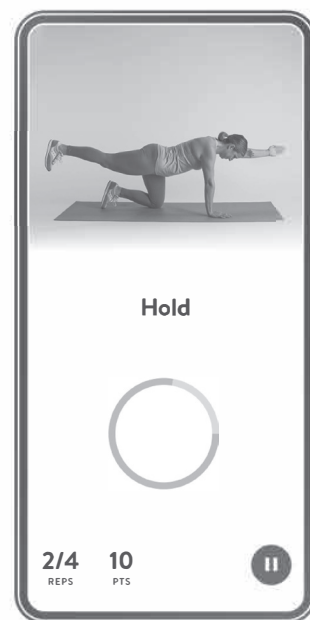
- **terapia física personalizada;**
- **asesoramiento individual ilimitado con un promotor de salud;**
- **tecnología de monitoreo del movimiento para obtener comentarios sobre su forma al instante.**

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



¡La inscripción comienza pronto!
es.hingehealth.com/for-individuals/

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



¹Después 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.

¡Es hora de recibir recompensas por cuidar de usted mismo!

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 para proporcionar recompensas saludables Healthy Rewards.



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

Paso 1: complete la Evaluación de salud.

Paso 2: acumule 200 puntos en actividades saludables.

Actividades saludables 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 nutrición de H-E-B
O complete un examen biométrico, con su médico de atención primaria (PCP, en inglés) o en una clínica H-E-B	Desafío Wellbeats	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	Inscripción en un programa de Livongo		Asista a un seminario web de BCBSTX
	Inscripción en un programa de Wondr		

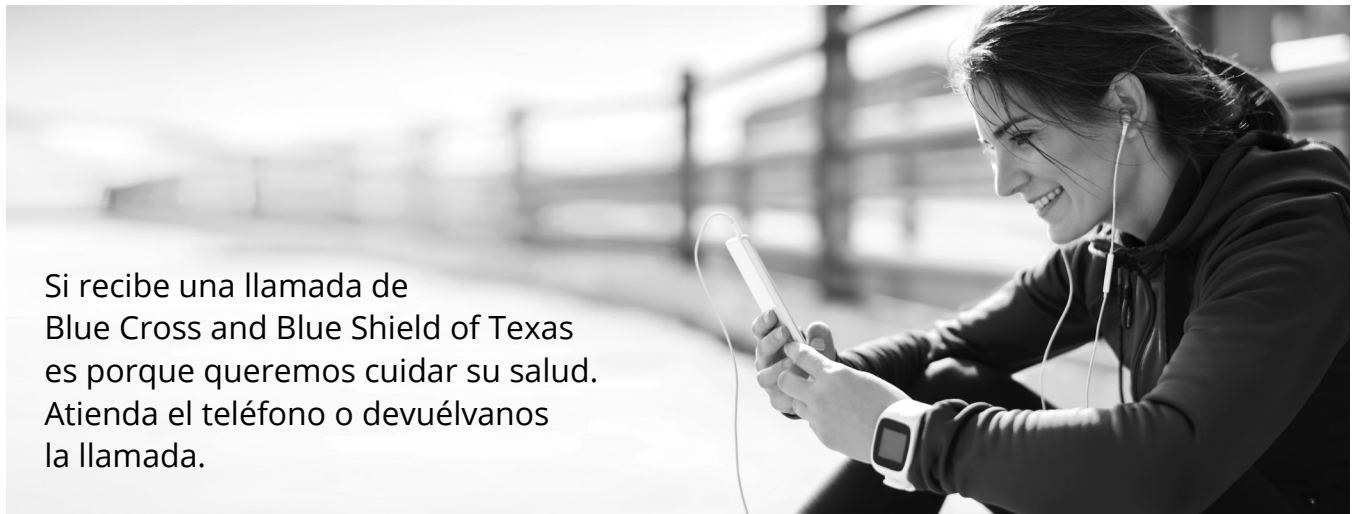
¡Examine su estado de salud!

Averigüe cómo se encuentra su salud al completar una Evaluación de salud. Responda algunas preguntas sobre su salud y su estilo de vida. Luego, reciba sugerencias de programas que lo pueden ayudar a estar más saludable y mantenerse así.

Preguntas frecuentes

- **¿Es necesario tener un seguro de BCBSTX por medio del distrito para 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 Evaluación de salud 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, más allá de 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 2024. Deberá completar todas las actividades antes del 2 de noviembre de 2024.
- **¿Cómo puedo ganar puntos?** Los puntos se ganan por medio de varias actividades. Consulte el cuadro.
- **¿Cómo puedo completar mi examen biométrico?** Los exámenes biométricos se pueden realizar en el consultorio de su PCP. También se pueden completar en los eventos de exámenes realizados por el personal de H-E-B. Esta opción se encuentra suspendida momentáneamente por COVID-19.
- **¿Qué exámenes preventivos son adecuados para mí?** Puede encontrar las pautas recomendadas de bienestar en neisd.net (haga clic en "Translate" y elija "Español"). Para eso, 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 Wellbeats?** Habrá cuatro oportunidades de participar en los desafíos: dos Desafíos de monitor de caminatas y dos Desafíos Wellbeats. 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 "Español"), 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?** Sí. Es necesario ver los seminarios web en vivo para ganar puntos. Las grabaciones estarán disponibles, pero no se podrá ganar puntos con ellas debido a las limitaciones para obtener información.
- **¿Cómo accedo a la Evaluación de salud?** Visite wellontarget.com (en inglés). Inicie sesión con su usuario y contraseña de Blue Access for MembersSM, portal protegido para asegurados. Para comenzar, haga clic en "Get Started Now" (Comenzar ahora).
- **¿Cómo me puedo inscribir en el programa de acondicionamiento físico de BCBSTX?** Ingrese en espanol.bcbstx.com e inicie sesión en BAM. Bajo la pestaña "Wellness" (Bienestar), elija "Fitness Program" (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 Kristin Amerson por correo electrónico a wellness@neisd.net.

No se pierda esta llamada



Si recibe una llamada de Blue Cross and Blue Shield of Texas es porque queremos cuidar su salud. Atienda el teléfono o devuélvanos la llamada.

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 aquí para usted!

* 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,
- sinusitis,
- resfriados,
- gripe,
- problemas de oído,
- ansiedad/depresión,
- comportamiento infantil/problemas de aprendizaje,
- problemas matrimoniales.

Las consultas virtuales dependen de la cobertura. Para los profesionales médicos con licencia para ejercer en Nuevo México y el Distrito de Columbia, el servicio de atención médica inmediata se limita al video en línea; el servicio de salud mental requiere video para la consulta inicial, pero 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 ayudarlo a vivir mejor

Well onTarget®

Well onTarget está diseñado para brindarle el apoyo que necesita para tomar decisiones saludables. Todo mientras lo recompensa por su arduo trabajo.

- **Portal Well onTarget:** el corazón de Well onTarget es su portal para asegurados, disponible en **wellontarget.com** (en inglés). Usa la última tecnología para ofrecerle una mejor experiencia en línea. Este portal interactivo le brinda acceso a una variedad de programas y herramientas innovadores.
- **Cursos autodirigidos de onmytime™:** clases en línea que le permiten trabajar a su propio ritmo para alcanzar sus objetivos de salud. Obtenga más información sobre nutrición, acondicionamiento físico, manejo del peso, programas para dejar de fumar y estrés. Dé seguimiento a su progreso mientras avanza por cada clase. Alcance sus metas y gane puntos Blue PointsSM.
- **Contenido sobre salud y bienestar:** la biblioteca de salud informa y empodera por medio de artículos basados en la evidencia científica y fáciles de leer.
- **Herramientas y monitores:** las herramientas interactivas lo ayudan a mantener el rumbo mientras disfruta de su camino hacia el bienestar. Use diarios de alimentación y ejercicio, calculadoras de salud y monitores médicos y de estilo de vida.
- **Evaluación de salud (HA, en inglés):** cuenta con preguntas adaptables para obtener más información sobre usted. Luego de completar la Evaluación de salud, obtendrá un informe personalizado de bienestar. Este informe confidencial ofrece consejos para vivir una vida lo más saludable posible. Sus respuestas se usarán para personalizar el portal Well onTarget con los programas que pueden ayudarlo a alcanzar sus metas.

Puntos Blue PointsSM*

Con el programa de 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.

* 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 Well onTarget. Es posible que su empresa tenga programas de recompensas adicionales para alentarlos a aprovechar ciertas actividades de atención médica preventiva y de bienestar, o hacer cambios saludables. Consulte sus beneficios de empleado.

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 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, revise 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! Estas son algunas de las actividades que puede realizar para ganar Blue Points:

Actividades	Montos potenciales de Blue Points
Completar la Evaluación de salud 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

Autorización previa/Gestión de la utilización de tratamientos

Su programa de servicios médicos con cobertura 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 (por ejemplo, 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 profesional de la red gestionará la autorización previa por usted. Sin embargo, si su profesional

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 (EAP)

NEISD les ofrece a todos sus empleados y derechohabientes elegibles el Programa de asistencia al empleado (EAP, en inglés), 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 (MAC, en inglés), 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 lo 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 bajas y altas 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 por un copago del 50% (\$25 como mínimo y \$35 como máximo).
- Los medicamentos de marca preferenciales se encuentran disponibles por un copago de \$40.
- Los medicamentos de marca no preferenciales están disponibles por un copago del 50% (\$70 como mínimo y \$100 como máximo).
- Los medicamentos especializados preferenciales se encuentran disponibles por 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**.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios farmacéuticos que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) 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.

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 ayudarlo a disminuir sus gastos de bolsillo para medicamentos especializados selectos.

A partir del 1 de septiembre de 2021, 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 a 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.

Un servicio de entrega 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 practicidad

- La farmacia Express Scripts Pharmacy entrega un suministro de hasta 90 días de medicamentos a largo plazo.¹
- Los medicamentos recetados se entregan en el domicilio que usted elija, 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 utiliza 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, inscríbese 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.
- Hay múltiples farmacias en todo EE. UU. para procesar y enviar los pedidos con rapidez.

Comenzar a usar el servicio de entrega a domicilio de la farmacia Express Scripts® Pharmacy en línea o en su teléfono móvil

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/es.html 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 MembersSM (BAMSM), portal protegido para asegurados. 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.

Usar la aplicación para teléfonos móviles para gestionar sus recetas médicas

- volver a surtir medicamentos recetados;
- hacer un seguimiento a su compra;
- realizar pagos;
- programar recordatorios para tomar sus medicamentos y mucho más.

1. Suministro de hasta 90 días de medicamentos recetados 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 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 los ayuda a gestionar su tratamiento. Accredo® es la farmacia de medicamentos especializados elegida para hacerlo.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 hacer 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 usa 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 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.

Problema médico	Medicamentos de ejemplo ³
Trastornos autoinmunitarios	Cosentyx, Enbrel, Humira, Xeljanz
Osteoporosis	Forteo, Tymlos
Cáncer (oral)	Gleevec, Nexavar, Sprycel, Sutent, Tarceva
Hormonas de crecimiento	Norditropin Flexpro, Nutropin AQ, Omnitrope
Hepatitis C	Daklinza, Epclusa, Harvoni, Mavyret, Sovaldi, Vosevi
Esclerosis múltiple	Betaseron, Copaxone, Rebif

Apoyo para gestionar su problema médico: 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, según lo que prefiera⁴;
- un sitio web 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 para teléfonos móviles que le permite volver a surtir medicamentos;
- hacer un seguimiento de sus medicamentos recetados, realizar pagos;
- programar recordatorios para tomar sus medicamentos⁴;
- envío estándar sin costo;
- apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Hacer compras a través de Accredo

Usted puede comprar un nuevo medicamento recetado 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 inscripto, puede gestionar sus recetas médicas en es.accredo.com o por medio de la aplicación para teléfonos móviles.

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 médica⁵;
- hablar sobre cualquier cambio en su problema médico o responder preguntas sobre su salud⁵.

Apoyo personalizado

Accredo cuenta con 15 centros de recursos terapéuticos Therapeutic Resource Centers® (TRC, en inglés), 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, ayudarlo a cumplir con su régimen y monitorear 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 (BCBSTX) tiene contratos con Prime Therapeutics 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.

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 MembersSM (BAMSM), portal protegido para asegurados, para buscar una farmacia especializada 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.

que debe saber

Conocer estos términos le será de utilidad 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.

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).

Monto de copago (copago): el monto determinado que usted paga por ciertos servicios médicos y medicamentos recetados. Por ejemplo, para una consulta presencial con un profesional 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 impositivos y propiedad del individuo que se puede transferir y que solo ciertos individuos pueden tener. La cuenta HSA tiene el propósito exclusivo de pagar gastos médicos elegibles.

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.

* 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.

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 (BCBSTX). 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" (DAW, en inglés) 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-\$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 profesional médico 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 gratuitas que se encuentra en su tarjeta de asegurado antes de recibir servicios. Un enfermero que gestiona beneficios trabajará con el consultorio de su médico para completar el proceso. Para obtener una certificación previa, llame sin cargo al siguiente número: **800-441-9188**.

Cobertura de la lista de

medicamentos preferidos: 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 profesionales 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**.

Especialista: 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 especializados (specialty formulary, en inglés):

los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar problemas médicos graves o crónicos.

Medicamentos especializados que no figuran en la lista de medicamentos (formulary, en inglés):

los medicamentos que no se encuentran en una lista de medicamentos aprobada por la cobertura.

Terapia escalonada:

los programas de terapia escalonada lo 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 **myprime.com/es.html** para ayudarlo 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 (Performance Drug List) antes de recetarle uno. Esta lista contiene los 1,500 medicamentos que se recetan de forma más habitual.

La Lista de medicamentos (Performance Drug List) se actualiza de forma regular 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 de forma regular.

CALENDARIO DE beneficios

	Blue Choice PPO: opción baja		Blue Choice PPO: opción alta	
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Información general				
Deducible por año calendario				
Individual	\$2,000	\$4,000	\$1,500	\$3,000
Familiar	\$6,000	\$12,000	\$4,500	\$9,000
Coaseguro máximo				
Individual	\$4,500 por año calendario	\$9,000 por año calendario	\$2,500 por año calendario	\$5,000 por año calendario
Familiar	\$9,000 por año calendario	\$18,000 por año calendario	\$6,750 por año calendario	\$13,500 por año calendario
Límite de gastos de bolsillo**				
Individual	\$6,500 por año calendario	\$13,000 por año calendario	\$4,000 por año calendario	\$8,000 por año calendario
Familiar	\$15,000 por año calendario	\$30,000 por año calendario	\$11,250 por año calendario	\$22,500 por año calendario
Cobertura máxima de por vida (por persona)	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada
Otros				
Deducible de hospital (por ingreso)	\$100	\$250	\$100	\$250
Multa por no tener autorización previa	N/A	\$500	N/A	\$500
Se necesita un referido del PCP	No	No	No	No
Limitaciones por padecimientos preexistentes	No	No	No	No
Servicios médicos				
Consulta presencial	100% luego de un copago de \$25	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$25	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	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	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$45	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consulta presencial con especialista/Airrosti	100% luego de un copago de \$35	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$35	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Clínicas en locales comerciales	100% luego de un copago de \$25	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$25	70% luego de alcanzar el deducible
Procedimiento en consultorio	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consultas virtuales MDLIVE	100% luego de un copago de \$15	N/A	100% luego de un copago de \$15	N/A
Procedimiento en consultorio para exámenes de rutina	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Examen ginecológico	100%	60% luego de alcanzar el deducible	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Examen de detección de cáncer	100%	60% luego de alcanzar el deducible	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Examen de la vista (1 cada 12 meses)	100% luego de un copago de \$25/\$35*	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$25/\$35*	70% luego de alcanzar el deducible
Examen de audición	100% luego de un copago de \$25/\$35*	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$25/\$35*	70% luego de alcanzar el deducible
Atención médica para el bienestar infantil	100%	60% luego de alcanzar el deducible	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Vacunas	100%	60% luego de alcanzar el deducible	100%	70% luego de alcanzar el deducible
Gripe				
Neumococo				
Herpes zóster (culebrilla), 50 años como mínimo				
Rabia				
Hepatitis B				
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, en inglés)				
Vacuna antitetánica				
Examen y tratamiento de alergias				
Examen	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Inyecciones	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Consulta presencial	100% luego de un copago de \$25/\$35*	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$25/\$35*	70% luego de alcanzar el deducible
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible

Cuenta HSA de BlueEdge		
	En la red	Fuera de la red
Información general		
Deducible por año calendario		
Individual	\$3,200***	\$5,200
Familiar	\$8,400	\$15,600
Coaseguro máximo		
Individual	\$3,200*** por año calendario	\$5,200 por año calendario
Familiar	\$8,400 por año calendario	\$15,600 por año calendario
Límite de gastos de bolsillo**		
Individual	\$3,200*** por año calendario	\$5,200 por año calendario
Familiar	\$8,400 por año calendario	\$15,600 por año calendario
Cobertura máxima de por vida (por persona)		
Otros	Ilimitada	Ilimitada
Deducible de hospital (por ingreso)	N/A	N/A
Multa por no tener autorización previa	N/A	\$500
Se necesita un referido del PCP	No	No
Limitaciones por padecimientos 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
Consulta presencial con especialista/ 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/A
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), 50 años como mínimo		
Rabia		
Hepatitis B		
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, en inglés)		
Vacuna antitetánica		
Examen y tratamiento de alergias		
Examen	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



* 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.

** Límite de gastos de bolsillo: deducible, porcentaje del coaseguro, copago para medicamentos recetados y copago médico.

*** Incremento de \$200 debido a una regulación del IRS.

	Blue Choice PPO: opción baja		Blue Choice PPO: opción alta	
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Limitaciones por padecimientos preexistentes	No	No	No	No
Servicios hospitalarios				
Gastos para pacientes internados	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Servicios de emergencia copago (al cual se renuncia si se ingresa al paciente)	80% luego de un copago de \$200 (si se ingresa al paciente, queda eximido de pagar el copago)	80% luego de un copago de \$200	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	Exento del pago del deducible	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	50% luego de alcanzar el deducible	50% luego de alcanzar el deducible	50% luego de alcanzar el deducible
Limitaciones por padecimientos preexistentes	No	No	No	No
Otros servicios				
Servicios quiroprácticos				
Consulta presencial	100% luego de un copago de \$25/\$35*	60% luego de alcanzar el deducible	100% luego de un copago de \$25/\$35*	70% luego de alcanzar el deducible
Otros servicios	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Máximo	35 consultas por año calendario	35 consultas por año calendario	35 consultas por año calendario	35 consultas por año calendario
Equipo médico duradero	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Atención de enfermería especializada o centro para pacientes terminales Máximo Días/año calendario	80% luego de alcanzar el deducible 120 días	60% luego de alcanzar el deducible 120 días	90% luego de alcanzar el deducible 120 días	70% luego de alcanzar el deducible 120 días
Centro para pacientes terminales	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Cobertura máxima de por vida	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada
Atención médica a domicilio Máximo por año calendario	80% luego de alcanzar el deducible 120 consultas	60% luego de alcanzar el deducible 120 consultas	90% luego de alcanzar el deducible 120 consultas	70% luego de alcanzar el deducible 120 consultas
Medicamentos recetados				
Tarjeta de farmacias en locales 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
Medicamentos genéricos	\$10		\$10	
Medicamentos 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)	
Medicamentos especializados preferenciales	\$100		\$100	
Medicamentos especializados no preferenciales	50% (\$150 como mínimo y \$250 como máximo)		50% (\$150 como mínimo y \$250 como máximo)	
Vacunas incluidas	100%		100%	
Gripe				
Neumococo				
Herpes zóster (culebrilla), 50 años como mínimo				
Rabia				
Hepatitis B				
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, en inglés)				
Vacuna antitetánica				
Medicamentos recetados con entrega 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	
Medicamentos genéricos				
Medicamentos de marca preferenciales				
Medicamentos de marca no preferenciales				
Servicios de salud mental				
Pacientes internados	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Hospitalización parcial	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible
Asesoramiento para pacientes ambulatorios	80% luego de alcanzar el deducible	60% luego de alcanzar el deducible	90% luego de alcanzar el deducible	70% luego de alcanzar el deducible

* 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.

¿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 la salud del paciente en grave peligro; 2. deficiencia grave de las funciones corporales; 3. causar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; 4. causar una desfiguración grave; 5. en el caso de una mujer embarazada, peligro grave a la salud del feto o de la madre. Los 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 del área de San Antonio?	Comuníquese con su profesional 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 de su 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 profesional médico 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 su historial médico personal. Para ver la lista actualizada de los profesionales de la red, ingrese a espanol.bcbstx.com y utilice el directorio en línea Provider Finder.
¿Mi cobertura tiene períodos de espera para padecimientos 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?	Sus 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.

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (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. sus problemas médicos, físicos o de salud mental, ya sean pasados, presentes o futuros;
2. la prestación de atención médica que se le proporcione;
3. los pagos, ya sean pasados, presentes o futuros, por 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 LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS

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 profesional médico 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, incluida la 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 de Medicaid o CHIP.

AVISO SOBRE LOS 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.

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos ayuda y servicios de comunicación sin costo para cualquier persona con alguna discapacidad o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos prestado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

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

Teléfono: 855-664-7270 (buzón de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
(en inglés)
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
(en inglés)

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બાજુ વ્યક્તિને અસુ.બા.એમ. કાયદકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ní, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídlíkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł dóó bína'ídlíkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.



**BlueCross BlueShield
of Texas**



NORTH EAST ISD