

Distrito escolar de Olathe

## Resumen del plan de beneficios médicos - BlueSelect Plus BlueSaver Spira Care EPO Plan

Este Resumen de beneficios muestra solo los puntos destacados de los servicios cubiertos por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC). Para conocer más detalles, las exclusiones y limitaciones, consulte su certificado de miembro disponible en [MyBlueKC.com](http://MyBlueKC.com).

### Información general del plan

<b>Tipo de plan</b>	<b>Organización de proveedores exclusivos (Exclusive Provider Organization, EPO)</b> Los miembros reciben toda la atención por parte de proveedores dentro de la red, excepto los servicios de emergencia. No se cubrirán los servicios recibidos fuera de la red que no sean de emergencia. Este es un plan de salud con deducible alto elegible para HSA.	
<b>Red(es) de servicio(s) de atención médica</b> La lista completa de hospitales y médicos de la red está disponible en <a href="http://MyBlueKC.com">MyBlueKC.com</a> .	<b>Dentro del área:</b> BlueSelect Plus <b>Fuera del área:</b> BlueCard PPO/EPO	
<b>Deducible: incorporado</b> Debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible, antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos.	<b>Dentro de la red</b> Individual: \$2,800 Familiar: \$5,600	<b>Fuera de la red</b> Sin cobertura
	<b>Coseguro</b> Se aplica solo según se especifique en el contrato. Se indica el coseguro en este resumen cuando corresponda.	<b>Dentro de la red</b> El miembro paga: 0% El plan paga: 100%
<b>Límites de gastos de bolsillo: incorporados</b> El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar durante un año calendario por la parte que le corresponde de los costos de los servicios cubiertos. Estos costos compartidos se aplican al límite de gastos de bolsillo: coseguro, deducibles, copagos. <b>Aplica a:</b> todos los costos compartidos de atención médica y medicamentos con receta médica.		<b>Dentro de la red</b> Individual: \$2,800 Familiar: \$5,600
	<b>Línea de enfermería las 24 horas de Blue KC</b> Disponible los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudarle con sus síntomas o responder preguntas relacionadas con la salud.	<b>Teléfono:</b> 877-852-5422
<b>Servicio al Cliente y Servicios de Guía de Attention</b>	<b>Local:</b> 913-29-SPIRA (77472) <b>Número gratuito:</b> 877-33-SPIRA (77472)	

## Beneficios del plan: atención médica

<i>Cuando acude a un Centro de Atención de Spira...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<p><b>Las visitas a un Centro de Atención de Spira incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita al consultorio: atención de rutina</li> <li>• Visita al consultorio: atención de urgencia / para enfermos agudos</li> <li>• Atención de enfermedades crónicas (no incluye los medicamentos y los equipos)</li> <li>• Servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> </ul> <p><i>Se incluyen como parte de la visita al consultorio y sin costo compartido para el miembro:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Radiografías (radiografías de diagnóstico básicas para fractura y otras lesiones o enfermedades)</li> </ul> <p><i>Compensación por accidentes de trabajo</i> Su cobertura de salud a través de cualquiera de los planes de Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, incluidos Spira Care y Spira Care (elegible para una Cuenta de Ahorros para la Salud [Health Savings Account, HSA]), no puede usarse para una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o que se produzca en el lugar de trabajo. Sin embargo, los miembros pueden acceder al seguro de compensación por accidentes de trabajo pagado por el empleador, el cual puede proporcionar beneficios monetarios y/o cobertura médica para una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Hable con su representante de Recursos Humanos para obtener más información.</p>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<p><b>Exámenes preventivos y vacunas (niños y adultos)</b></p> <p>Los planes de salud de Blue KC incluyen beneficios de atención preventiva de rutina de conformidad con las pautas establecidas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), la Administración de Servicios y Recursos de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para tener el 100% de cobertura, el diagnóstico principal de los servicios facturados debe indicar que son servicios preventivos. Para conocer más detalles, consulte su certificado de miembro.</p>	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<i>Cuando acude a otro consultorio médico...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<p><b>Médico</b></p> <p><b>Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):</b> internista, médico de familia, médico general o pediatra.</p>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<p><b>Especialista:</b> médicos (Doctors of Medicine, MD), osteópatas (Doctors of Osteopathy, DO), a excepción de médicos de atención primaria, y otros profesionales de la salud como optometristas, psicólogos y quiroprácticos.</p>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<p><b>Otros servicios y procedimientos realizados en el consultorio de un proveedor y no incluidos en una visita al consultorio</b></p>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<p><b>Centro de atención de urgencia</b></p>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<p><b>Atención virtual de Blue KC: visita al consultorio</b></p> <p>Atención virtual proporcionada por los socios de atención virtual de Blue KC. Todos los demás servicios de atención virtual están sujetos al costo compartido aplicable.</p>	Deducible, después sin cargo	No se aplica

<b>Atención virtual de Blue KC: terapia de salud conductual</b> Atención virtual proporcionada por los socios de atención virtual de Blue KC. Todos los demás servicios de atención virtual están sujetos al costo compartido aplicable.	Deducible, después sin cargo	No se aplica
<b>Exámenes preventivos y vacunas (niños y adultos)</b> Los planes de salud de Blue KC incluyen beneficios de atención preventiva de rutina de conformidad con las pautas establecidas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), la Administración de Servicios y Recursos de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para tener el 100% de cobertura, el diagnóstico principal de los servicios facturados debe indicar que son servicios preventivos. Para conocer más detalles, consulte su certificado de miembro.	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Servicios de laboratorio prestados en el consultorio de un proveedor / laboratorio independiente / centro de atención de urgencia</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Alergias</b> <b>Examen de alergias</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Tratamiento para la alergia</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Cuando necesita servicios de radiología...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Radiografías</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Otros procedimientos radiológicos (imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas / tomografías por emisión de positrones, angiografía por resonancia magnética)</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Cuando le hacen una cirugía ambulatoria...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Tarifas del centro por una cirugía ambulatoria</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios del médico (cirujano)</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Si necesita atención médica inmediata...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Visita al centro de atención de urgencia</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios de emergencia</b> Los beneficios fuera de la red están sujetos al cargo permitido del plan. Los proveedores fuera de la red pueden facturar al miembro por el saldo restante. Vea el certificado para conocer los detalles.	Deducible, después sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo
<b>Ambulancia terrestre</b> Los beneficios fuera de la red están sujetos al cargo permitido del plan. Los proveedores fuera de la red pueden facturar al miembro por el saldo restante. Vea el certificado para conocer los detalles.	Deducible, después sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo
<b>Ambulancia aérea</b>	Deducible, después sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo

<i>Si necesita hospitalización...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Tarifas del centro hospitalario</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios del médico (cirujano)</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Atención de enfermería especializada</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red. Beneficio máximo de 30 días por año calendario dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios de salud en el hogar</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red. Beneficio máximo de 60 visitas por año calendario dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Fisioterapia</b> Beneficio máximo de 60 visitas por año calendario dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Terapia ocupacional</b> Combinada con los límites para fisioterapia.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Manipulaciones esqueléticas</b> Combinadas con los límites para fisioterapia.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Terapia del lenguaje</b> Beneficio máximo de 20 visitas por año calendario dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Terapia de la audición</b> Combinada con los límites de terapia del lenguaje.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Equipo médico duradero</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios en un programa de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red. Beneficio máximo de 14 días de por vida dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios en un programa de cuidados paliativos en el hogar</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Si necesita servicios de salud conductual o de abuso de sustancias...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Visita al consultorio de servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Terapia</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (tarifas del centro)</b> Aplica la política de autorización previa para servicios dentro de la red.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (médico)</b> Incluye: terapia y otros servicios, hospitalizaciones parciales.	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura

<i>Planificación familiar y embarazo...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Dispositivos, implantes e inyecciones anticonceptivos</b> Vea también los beneficios de farmacia.	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Esterilización electiva de mujeres</b>	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Esterilización electiva de hombres</b>	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Maternidad</b> Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Diagnóstico y tratamiento de infertilidad e impotencia</b> Cobertura de farmacia: vea más detalles en el certificado de miembro.	Sin cobertura	Sin cobertura
<i>Atención de la vista de rutina...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Examen de la vista de rutina</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Información general de farmacia</b>		
<b>Red(es) de farmacia(s) minorista(s)</b>	RxPremier	
<b>Lista de medicamentos con receta médica</b> Para saber más sobre los medicamentos que cubre su plan, los niveles y las categorías de medicamentos, la autorización previa y la terapia escalonada, consulte su lista de medicamentos con receta médica en <a href="http://MyBlueKC.com">MyBlueKC.com</a> .	Formulario de primas	
<b>Farmacia de especialidad</b> Una farmacia de especialidad es aquella que ofrece atención especializada para pacientes con condiciones médicas crónicas complejas. Para saber más sobre los medicamentos que cubre su plan, los niveles y las categorías de medicamentos, la autorización previa y la terapia escalonada, consulte su lista de medicamentos con receta médica en <a href="http://MyBlueKC.com">MyBlueKC.com</a> .	Servicios de especialidad de OptumRx <b>Teléfono:</b> 855-427-4682	
<b>Deducible para medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios</b> Debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible, antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos.	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
	Combinado con el deducible de atención médica	Sin cobertura
<b>Límites de gastos de bolsillo para medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios</b> El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar durante un año calendario por la parte que le corresponde de los costos de los servicios cubiertos.	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
	Combinados con los límites de gastos de bolsillo de atención médica	Sin cobertura
<b>Rx Savings Solutions</b> Un equipo de farmacéuticos y técnicos de farmacia le ayudarán a obtener el mejor precio posible para sus medicamentos. La asistencia para miembros se ofrece de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., hora del centro.	Regístrese en línea en <a href="http://MyBlueKC.com">MyBlueKC.com</a> para estar al tanto de las oportunidades para ahorrar costos. <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:info@rxsavingsllc.com">info@rxsavingsllc.com</a> <b>Teléfono:</b> 1-800-268-4476	

## Beneficios del plan: farmacia

<i>Cuando usa una farmacia minorista o de especialidad...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Farmacia minorista (suministro a corto plazo: hasta 34 días)</b>		
<b>Nivel de medicamento 1:</b> medicamentos genéricos / de especialidad genéricos	<b>RxPremier:</b> deducible, después sin cargo Anticonceptivos: sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Nivel de medicamento 2:</b> medicamentos de marca preferidos / genéricos no preferidos / de especialidad de marca preferidos	<b>RxPremier:</b> deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Nivel de medicamento 3:</b> medicamentos de marca no preferidos / de especialidad de marca no preferidos	<b>RxPremier:</b> deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Cuando usa una farmacia por pedido por correo...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Farmacia por pedido por correo (suministro por pedido por correo: entre 35 y 102 días)</b>		
<b>Nivel de medicamento 1:</b> medicamentos genéricos	Deducible, después sin cargo Anticonceptivos: sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Nivel de medicamento 2:</b> medicamentos de marca preferidos / genéricos no preferidos	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<b>Nivel de medicamento 3:</b> medicamentos de marca no preferidos	Deducible, después sin cargo	Sin cobertura
<i>Medicamentos preventivos para usar con un plan elegible para HSA...</i>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Lista de medicamentos preventivos:</b> todos los preventivos		
<b>Medicamentos por venta minorista de nivel 1:</b> medicamentos genéricos / de especialidad genéricos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Medicamentos por venta minorista de nivel 2:</b> medicamentos de marca preferidos / genéricos no preferidos / de especialidad de marca preferidos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Medicamentos por venta minorista de nivel 3:</b> medicamentos de marca no preferidos / de especialidad de marca no preferidos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Medicamentos por pedido por correo de nivel 1:</b> medicamentos genéricos / de especialidad genéricos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Medicamentos por pedido por correo de nivel 2:</b> medicamentos de marca preferidos / genéricos no preferidos / de especialidad de marca preferidos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura
<b>Medicamentos por pedido por correo de nivel 3:</b> medicamentos de marca no preferidos / de especialidad de marca no preferidos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura

## La discriminación va contra las leyes

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue KC, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-395-7126.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Blue KC 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話1-844-395-7126。

Blue KC:

- Proporciona ayuda y servicios sin cargo para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, 844-395-7126 (número gratuito), [languagehelp@bluekc.com](mailto:languagehelp@bluekc.com).

