



Kansas City

Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Fecha de entrada en vigencia: 01/01/2022

Distrito escolar de Olathe

Resumen del plan de beneficios médicos - Preferred-Care Blue PPO \$1,500 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.

Información general del plan

Tipo de plan	Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) Los miembros pueden recibir servicios de cualquier hospital o médico, pero reciben mayores beneficios cuando usan proveedores dentro de la red. Los servicios prestados por proveedores fuera de la red están sujetos a los cargos permitidos para servicios fuera de la red según se establece en su contrato, y es posible que se realice facturación de saldo.	
Red(es) de servicio(s) de atención médica La lista completa de hospitales y médicos de la red está disponible en MyBlueKC.com .	Dentro del área: Preferred-Care Blue Fuera del área: BlueCard PPO/EPO	
Deducible: incorporado Debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible, antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos.	Dentro de la red Individual: \$1,500 Familiar: \$3,000	Fuera de la red Individual: \$1,500 Familiar: \$3,000
Coseguro La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la cantidad permitida. Si un proveedor fuera de la red le cobra más de la cantidad permitida, tendrá que pagar la diferencia.	Dentro de la red El miembro paga: 0% El plan paga: 100%	Fuera de la red El miembro paga: 20% El plan paga: 80%
Límites de gastos de bolsillo: incorporados 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. Aplica a: todos los costos compartidos de atención médica y medicamentos con receta médica.	Dentro de la red Individual: \$1,500 Familiar: \$3,000	Fuera de la red Individual: \$3,000 Familiar: \$6,000
Línea de enfermería las 24 horas de Blue KC Disponible los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudarle con sus síntomas o responder preguntas relacionadas con la salud.	Teléfono: 877-852-5422	
Servicio al Cliente	Número de teléfono: 888-989-8842 o (816) 395-2270	

--	--

Beneficios del plan: atención médica		
<i>Cuando acude al consultorio o clínica del proveedor...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Médico		
Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): internista, médico de familia, médico general o pediatra.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Especialista: 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.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Otros servicios y procedimientos realizados en el consultorio de un proveedor y no incluidos en una visita al consultorio	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Centro de atención de urgencia	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Atención virtual de Blue KC: visita al consultorio 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
Atención virtual de Blue KC: terapia de salud conductual 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
Exámenes preventivos y vacunas (niños y adultos) 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	20% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio prestados en el consultorio de un proveedor / laboratorio independiente / centro de atención de urgencia	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Alergias		
Examen de alergias	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Tratamiento para la alergia	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
<i>Cuando necesita servicios de radiología...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Radiografías	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Otros procedimientos radiológicos (imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas / tomografías por emisión de positrones, angiografía por resonancia magnética) Aplica la política de autorización previa.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
<i>Cuando le hacen una cirugía ambulatoria...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Tarifas del centro por una cirugía ambulatoria Aplica la política de autorización previa.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios del médico (cirujano)	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible

<i>Si necesita atención médica inmediata...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Visita al centro de atención de urgencia	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios de emergencia 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
Ambulancia terrestre 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
Ambulancia aérea	Deducible, después sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo
<i>Si necesita hospitalización...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Tarifas del centro hospitalario Aplica la política de autorización previa.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios del médico (cirujano)	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
<i>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de enfermería especializada Aplica la política de autorización previa. Beneficio máximo de 30 días por año calendario dentro y fuera de la red.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios de salud en el hogar Aplica la política de autorización previa. Beneficio máximo de 60 visitas por año calendario dentro y fuera de la red	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Fisioterapia Beneficio máximo de 60 visitas por año calendario dentro y fuera de la red	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Terapia ocupacional Combinada con los límites para fisioterapia.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Manipulaciones esqueléticas Aplica la política de autorización previa para servicios fuera de la red. Combinadas con los límites para fisioterapia.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Terapia del lenguaje Beneficio máximo de 20 visitas por año calendario dentro y fuera de la red	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Terapia de la audición Combinada con los límites de terapia del lenguaje.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Equipo médico duradero Aplica la política de autorización previa.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios en un programa de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados Aplica la política de autorización previa. Beneficio máximo de 14 días de por vida dentro y fuera de la red	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios en un programa de cuidados paliativos en el hogar	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible

<i>Si necesita servicios de salud conductual o de abuso de sustancias...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Visita al consultorio	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Terapia	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (tarifas del centro) Aplica la política de autorización previa.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
Servicios de salud mental, salud conductual y de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (médico) Incluye: terapia y otros servicios, hospitalizaciones parciales.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
<i>Planificación familiar y embarazo...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Dispositivos, implantes e inyecciones anticonceptivos Vea también los beneficios de farmacia.	Sin costo compartido para el miembro	20% de coseguro después del deducible
Esterilización electiva de mujeres	Sin costo compartido para el miembro	20% de coseguro después del deducible
Esterilización electiva de hombres	Sin costo compartido para el miembro	20% de coseguro después del deducible
Maternidad Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.	Con cobertura	Con cobertura
Diagnóstico y tratamiento de infertilidad e impotencia Cobertura de farmacia: vea más detalles en el certificado de miembro.	Deducible, después sin cargo	20% de coseguro después del deducible
<i>Atención de la vista de rutina...</i>	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista de rutina	Sin cobertura	Sin cobertura
Información general de farmacia		
Red(es) de farmacia(s) minorista(s)	RxPremier	
Lista de medicamentos con receta médica 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 MyBlueKC.com .	Formulario de primas	
Farmacia de especialidad 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 MyBlueKC.com .	Servicios de especialidad de OptumRx Teléfono: 855-427-4682	
Deducible para medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios Debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible, antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos.	Dentro de la red	Fuera de la red
	Combinado con el deducible de atención médica	Combinado con el deducible de atención médica
Límites de gastos de bolsillo para medicamentos con receta médica para	Dentro de la red	Fuera de la red

<p>pacientes ambulatorios 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.</p>	Combinados con los límites de gastos de bolsillo de atención médica	Combinados con los límites de gastos de bolsillo de atención médica
<p>Programa de medicamentos de mantenimiento</p>	<p>Mail Service Member Select – El miembro debe elegir dónde obtener sus medicamentos de mantenimiento luego de dos surtidos de cortesía: suministro a largo plazo mediante entrega a domicilio o suministro a corto plazo de una farmacia minorista.</p>	
<p>Rx Savings Solutions 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.</p>	<p>Regístrese en línea en MyBlueKC.com para estar al tanto de las oportunidades para ahorrar costos. Correo electrónico: info@rxsavingsllc.com Teléfono: 1-800-268-4476</p>	
<p>Beneficios del plan: farmacia</p>		
<p><i>Cuando usa una farmacia minorista o de especialidad...</i></p>	<p>Dentro de la red</p>	<p>Fuera de la red</p>
<p>Farmacia minorista (suministro a corto plazo: hasta 34 días)</p>		
<p>Nivel de medicamento 1: medicamentos genéricos / de especialidad genéricos</p>	<p>RxPremier: deducible, después sin cargo Anticonceptivos: sin costo compartido para el miembro</p>	<p>Deducible, luego \$12 de copago por surtido, luego 50% de coseguro</p>
<p>Nivel de medicamento 2: medicamentos de marca preferidos / genéricos no preferidos / de especialidad de marca preferidos</p>	<p>RxPremier: deducible, después sin cargo</p>	<p>Deducible, luego \$60 de copago por surtido, luego 50% de coseguro</p>
<p>Nivel de medicamento 3: medicamentos de marca no preferidos / de especialidad de marca no preferidos</p>	<p>RxPremier: deducible, después sin cargo</p>	<p>Deducible, luego \$80 de copago por surtido, luego 50% de coseguro</p>
<p><i>Cuando usa una farmacia por pedido por correo...</i></p>	<p>Dentro de la red</p>	<p>Fuera de la red</p>
<p>Farmacia por pedido por correo (suministro por pedido por correo: entre 35 y 102 días)</p>		
<p>Nivel de medicamento 1: medicamentos genéricos</p>	<p>Deducible, después sin cargo Anticonceptivos: sin costo compartido para el miembro</p>	<p>Deducible, luego \$24 de copago por surtido, luego 50% de coseguro</p>
<p>Nivel de medicamento 2: medicamentos de marca preferidos / genéricos no preferidos</p>	<p>Deducible, después sin cargo</p>	<p>Deducible, luego \$120 de copago por surtido, luego 50% de coseguro</p>
<p>Nivel de medicamento 3: medicamentos de marca no preferidos</p>	<p>Deducible, después sin cargo</p>	<p>Deducible, luego \$160 de copago por surtido, luego 50% de coseguro</p>

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.

