

# The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.)

## Programa de prevención 2025

Fecha de inicio 1/1/2025

### Planifique su atención: sepa lo que necesita y cuándo obtenerla

La atención preventiva o de rutina nos ayuda a mantenernos sanos o a descubrir problemas a tiempo, cuando son más fáciles de tratar. Como parte de su plan médico, puede ser elegible para recibir algunos de estos beneficios preventivos sin costos compartidos o con costos compartidos bajos si usa proveedores dentro de la red. Todos los beneficios de medicamentos y suministros de venta libre se deben comprar por medio de farmacias dentro de la red designadas como proveedores para que estén cubiertos\*, a menos que la cobertura de su plan especifique lo contrario o que la ley prohíba dicho requisito. Los servicios anuales recomendados se basan en un año calendario que se reinicia el 1 de enero de cada año.

Algunos servicios y la frecuencia pueden depender de las recomendaciones de su médico. Por eso es importante hablar con su médico sobre los servicios adecuados para su edad, sexo e historia familiar. Los miembros de CHIP pueden tener más servicios preventivos y cobertura. Consulte el folleto para miembros de CHIP para obtener más información de la cobertura de los servicios preventivos de CHIP.

### ¿Tiene preguntas?



Llame a Servicios para Miembros



Pregúntele a su médico



Inicie sesión en su cuenta

## Adultos: mayores de 19 años



Mujer



Hombre

### ATENCIÓN MÉDICA GENERAL

 <b>Chequeo de rutina**</b> (no es el mismo examen físico que se pide para el trabajo o la escuela)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 – 49 años: Cada uno o dos años</li> <li>• Mayores de 50 años: Una vez al año</li> </ul>
 <b>Evaluación de depresión y de ansiedad</b>	Una vez al año
 <b>Examen de detección de consumo de drogas ilícitas</b>	Una vez al año
 <b>Examen pélvico y de mamas</b>	Una vez al año

### EXÁMENES/PROCEDIMIENTOS

 <b>Examen de aneurisma aórtico abdominal</b>	Entre 65 y 75 años que hayan fumado alguna vez: Examen solo una vez
 <b>Control ambulatorio de la presión</b>	Para confirmar un nuevo diagnóstico de presión alta antes de empezar el tratamiento
 <b>Examen genético de detección de cáncer de mama (BRCA)</b> (se necesita autorización previa)	Las que cumplan criterios específicos de alto riesgo: Una evaluación genética una sola vez para detectar riesgos de cáncer de mama y ovarios
 <b>Examen de colesterol (lípidos)</b>	Anualmente
 <b>Examen de detección de cáncer de colon y algunas preparaciones para colonoscopia con receta</b>	Anualmente
 <b>Recuento completo de sangre (CBC)</b>	Anualmente
 <b>Examen de diabetes</b>	Alto riesgo: Mayores de 40 años, una vez cada tres años

\* Por ejemplo, si la farmacia designada como proveedor dentro de la red está en un comercio más grande, el medicamento/suministro debe obtenerse mediante el registro de la farmacia designada como proveedor (y no del registro general del comercio) para que esté cubierto.

\*\* Los chequeos de rutina pueden incluir historia médica; examen físico; medición de peso, estatura y presión; evaluación del índice de masa corporal (BMI); orientación por obesidad, prevención de caídas, cáncer de piel y seguridad; evaluación de depresión; evaluación de consumo de alcohol, drogas y tabaco; orientación adecuada para la edad; evaluación de violencia de pareja íntima y orientación para mujeres en edad reproductiva.

\*\* Análisis de laboratorio de rutina que exige la USPSTF



# Adultos: mayores de 19 años

## EXÁMENES/PROCEDIMIENTOS

	<b>Examen de hepatitis B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez en la vida para adultos</li> <li>Alto riesgo: Con más frecuencia</li> </ul>
	<b>Examen de hepatitis C</b>	18 – 79 años
	<b>Examen de tuberculosis latente</b>	Alto riesgo
	<b>Examen de detección de cáncer de pulmón</b> (necesita autorización previa y debe hacerse en un centro autorizado)	50 – 80 años con historia de fumador de 20 cajetillas al año: Una vez al año para fumadores activos o si dejaron de fumar en los últimos 15 años
	<b>Mamografía</b>	Mayores de 40 años: Una vez al año, incluyendo en 3D (examen de seguimiento mediante MRI o ultrasonido según la recomendación del médico)
	<b>Examen de osteoporosis (densidad mineral ósea)</b>	Mayores de 65 años: Una vez cada dos años, o antes si hay riesgo según lo recomendado por el médico.
	<b>Examen de detección de cáncer de cuello uterino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papanicolaou entre 21 – 65 años: Cada tres años, o anualmente, según la recomendación del médico.</li> <li>30 – 65 años: Cada cinco años si se trata de HPV solo o si el Papanicolaou y HPV combinados son negativos</li> <li>Mayores de 65 años: Según la recomendación del médico</li> </ul>
	<b>Examen de detección de cáncer de próstata</b>	Análisis de los riesgos/beneficios de los exámenes de cáncer de próstata. Los exámenes pueden incluir el antígeno prostático específico (PSA) anual o el examen rectal digital.
	<b>Exámenes y orientación sobre enfermedades de transmisión sexual (STD) (clamidia, gonorrea, VIH y sífilis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hombres y mujeres sexualmente activos</li> <li>Examen del VIH para adultos hasta de 65 años en la población general y personas que estén en riesgo, después examen a mayores de 65 años con factores de riesgo</li> </ul>
	<b>Análisis de orina</b>	Anualmente

## VACUNAS\*\*

	<b>Varicela</b>	Adultos sin historia de varicela: Una serie de dos dosis
	<b>Vacuna del COVID-19</b>	Según la recomendación del médico, siguiendo las directrices de los CDC y de la autorización para uso de emergencia
	<b>Difteria, tétanos (Td/Tdap)</b>	Una dosis de Tdap, después un refuerzo de Td o Tdap cada 10 años
	<b>Gripe (influenza)</b>	Cada año
	<b>Haemophilus influenzae tipo B (Hib)</b>	Para adultos con ciertas condiciones médicas para prevenir la meningitis, la neumonía y otras infecciones graves. Esta vacuna no protege contra la gripe y no sustituye a la vacuna anual de la gripe.
	<b>Hepatitis A</b>	Si hay riesgo o según la recomendación del médico: Una serie de dos, tres o cuatro dosis
	<b>Hepatitis B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>19 – 59 años: Dos a cuatro dosis según la recomendación del médico</li> <li>Mayores de 60 años: Si es de alto riesgo, según la recomendación del médico</li> </ul>
	<b>Virus del papiloma humano (HPV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta 26 años: Una serie de tres dosis</li> <li>27 – 45 años, si hay riesgo o por recomendación del médico</li> </ul>
	<b>Sarampión, paperas, rubeola (MMR)</b>	Una o dos dosis
	<b>Meningitis*</b>	Si está en riesgo o según la recomendación del médico

\* Vacuna del meningococo B, según la recomendación del médico.

\*\* Debe recibirla en el consultorio de su PCP o en la farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

VACUNAS**		
	Neumonía	Personas de alto riesgo o mayores de 65 años: Una o dos dosis, de por vida
	Vacuna del RSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores de 60 años</li> <li>• Mujeres embarazadas</li> </ul>
	Herpes zóster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shingrix, mayores de 50 años: Dos dosis</li> <li>• 19 – 49 años: Personas inmunodeprimidas, según la recomendación del médico</li> </ul>
MEDICAMENTOS PREVENTIVOS QUE NECESITAN RECETA DEL MÉDICO		
	Aspirin	Embarazadas con riesgo de preeclampsia
	Prevención de caídas	Ejercicio o terapia física y uso de vitamina D
	Ácido fólico	Mujeres que planean un embarazo o que pueden quedar embarazadas: Suplemento diario que contenga entre 0.4 mg y 0.8 mg de ácido fólico
	Medicamentos para prevenir la quimioterapia, como raloxifene, tamoxifen o inhibidores de aromatasa***	Con riesgo de cáncer de mama, sin diagnóstico de cáncer, mayores de 35 años
	Dejar el tabaco (orientación y medicamentos)	Adultos que consumen productos de tabaco
	Medicamentos genéricos con estatinas en dosis bajas a moderadas para la prevención de enfermedades cardiovasculares (CVD)	Personas de 40 – 75 años con uno o más factores de riesgo de CVD (como dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y con un riesgo calculado a 10 años de un evento cardiovascular de más del 10 %
	Determinados medicamentos de PrEP y ciertos servicios relacionados para prevenir la infección por VIH	Adultos en riesgo de infección por VIH, sin diagnóstico del VIH
ATENCIÓN PREVENTIVA PARA MUJERES EMBARAZADAS		
	Exámenes y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de diabetes gestacional</li> <li>• Examen y vacuna de hepatitis B, si es necesaria</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de sífilis</li> <li>• Orientación para dejar de fumar</li> <li>• Evaluación de depresión y de ansiedad durante el embarazo y después del parto</li> <li>• Orientación para prevenir la depresión durante el embarazo y posparto</li> <li>• Hemoglobina (anemia)</li> <li>• Determinación del factor Rh en la primera visita</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de anticuerpos de Rh para mujeres con Rh negativo</li> <li>• Vacuna del RSV según las directrices de los CDC</li> <li>• Tdap con cada embarazo</li> <li>• Cultivo de orina y sensibilidad en la primera visita</li> <li>• Evaluación y orientación sobre el abuso de alcohol</li> <li>• Orientación nutricional para embarazadas para promover un peso saludable durante el embarazo</li> </ul>
PREVENCIÓN DE OBESIDAD, ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, DIABETES Y DERRAME CEREBRAL		
	Los adultos con BMI de 25 a 29.9 (sobrepeso) y de 30 a 39.9 (obesidad) son elegibles para:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más visitas anuales de prevención en el consultorio por obesidad y medir la presión</li> <li>• Más visitas de orientación nutricional específicamente por obesidad</li> <li>• Hemoglobina (anemia)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio recomendadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ALT</li> <li>– AST</li> <li>– Hemoglobina A1c o glucosa en ayunas</li> <li>– Examen de colesterol</li> </ul> </li> </ul>
	Adultos con diagnóstico de hipertensión, presión alta, dislipidemia o síndrome metabólico	Orientación nutricional
	Adultos con BMI superior a 40	Orientación nutricional y prueba de glucosa en ayunas

\*\* Debe recibirla en el consultorio de su PCP o en la farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

\*\*\* Inhibidores de la aromatasa cuando no se puedan usar los otros medicamentos, como cuando hay una contraindicación o intolerancia.

# Programa de prevención 2025

## Planifique la atención de su hijo: Sepa lo que su hijo necesita y cuándo obtenerla

La atención preventiva o de rutina ayuda a su hijo a mantenerse sano o sirve para descubrir temprano los problemas, cuando son más fáciles de tratar. Es posible que la mayoría de estos servicios no tengan costos compartidos si usa proveedores dentro de la red del plan. Asegúrese de saber qué cubre su plan médico y si hay algún requisito antes de programar cualquier servicio para su hijo.

Los servicios incluyen recomendaciones de Bright Futures. Los miembros de CHIP pueden tener más servicios preventivos y cobertura. Consulte el folleto para miembros de CHIP para obtener más información de la cobertura de los servicios preventivos de CHIP.

Es importante que hable con el médico de su hijo. La frecuencia de los servicios y el programa de exámenes y vacunas dependen de lo que el médico determine que es adecuado para su hijo.

### ¿Tiene preguntas?



Llame a Servicios para Miembros



Pregúntele a su médico



Inicie sesión en su cuenta

## Niños: nacimiento a 30 meses<sup>1</sup>

ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	NACIMIENTO	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	24 MESES	30 MESES
Chequeo de rutina* (no es el mismo examen físico relacionado con preescolar ni la guardería).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Examen de audición	●										
<b>EXÁMENES</b>											
Evaluación de autismo									●	●	
Examen de enfermedades cardíacas congénitas graves (CCHD) con oximetría de pulso	●										
Evaluación del desarrollo						●			●		●
Prueba de anemia por hematocrito o hemoglobina							●				
Examen de hepatitis C			Según recomendación del MD con exposición significativa durante el embarazo.								
Examen de detección de plomo**							●			●	
Examen de sangre y bilirrubina para recién nacidos	●										
<b>VACUNAS</b>											
Varicela								Dosis 1			
Vacuna del COVID-19	Según la recomendación del médico, siguiendo las directrices de los CDC y de la autorización para uso de emergencia										
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3				Dosis 4		
Gripe (influenza)***					Entre 6 y 30 meses: 1 o 2 dosis anualmente						
Haemophilus influenzae tipo B (Hib)			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 3 o 4			
Hepatitis A								Dosis 1		Dosis 2	
Hepatitis B	Dosis 1	Dosis 2			Dosis 3						
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)								Dosis 1			
Neumonía			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4			
Poliomielitis (IPV)			Dosis 1	Dosis 2	Entre 6 y 18 meses: Dosis 3						
Rotavirus			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3						
Vacuna del RSV	Según recomendación del médico siguiendo las directrices de los CDC										

\* Los chequeos de rutina pueden incluir medición de estatura y peso; evaluación conductual y del desarrollo, y directrices adecuadas para la edad. Otros: examen de la vista con instrumentos para evaluar riesgos a la edad de 1 y 2 años.

\*\* Según Bright Futures. Vea las recomendaciones específicas del estado según sea necesario.

\*\*\* Deben recibirlas en el consultorio de su PCP o en una farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

# Niños: 3 a 18 años<sup>1</sup>

ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	15 AÑOS	18 AÑOS
Control de rutina* (no es el mismo examen físico que se pide para preescolar ni para la guardería)	●	●	●	●	●	●	●	●	Una vez al año entre 11 – 18 años			
Control ambulatorio de la presión**												●
Evaluación de ansiedad						Una vez al año entre 8 – 18 años						
Evaluación de depresión									Una vez al año entre 12 – 18 años			
Examen de detección de consumo de drogas ilícitas												●
Examen de audición***		●	●	●		●		●		●	●	●
Examen de la vista***	●	●	●	●		●		●		●	●	
EXÁMENES												
Prueba de anemia por hematocrito o hemoglobina			Anualmente para mujeres en la adolescencia y cuando se indique									
Examen de detección de plomo	Cuando sea lo indicado (consulte también las recomendaciones específicas de su estado)											
Examen de colesterol (lípidos)									Una vez entre 9 – 11 años y entre 17 – 21 años			
VACUNAS												
Varicela		Dosis 2										
Vacuna del COVID-19	Según la recomendación del médico, siguiendo las directrices de los CDC y de la autorización para uso de emergencia											
Vacuna del dengue							9 – 16 años que viven en áreas endémicas de dengue en territorios de los EE. UU. Y con confirmación de laboratorio de haber tenido infección de dengue					
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)		Dosis 5							Una dosis de Tdap			
Gripe (influenza)****	3 – 18 años: 1 o 2 dosis anualmente											
Virus del papiloma humano (HPV)							Proporciona protección de largo plazo contra el cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer. 2 dosis cuando se inicia entre los 9-14 años. 3 dosis, todas las demás edades.					
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)		Dosis 2										
Meningitis*****									Dosis 1		16 años: Refuerzo una sola vez	
Neumonía	Según la recomendación del médico											
Poliomielitis (IPV)		Dosis 4										

\* Los chequeos de rutina pueden incluir medición de estatura y peso, evaluación conductual y del desarrollo, directrices adecuadas para la edad, evaluación de consumo de alcohol, drogas y tabaco.

\*\* Para confirmar un diagnóstico nuevo de presión alta antes de empezar el tratamiento.

\*\*\* Un examen de audición a los 11-14, 15-17 y 18-21 años. El examen de la vista está cubierto cuando se hace en el consultorio del médico pidiendo al menor que lea letras de distintos tamaños en una tabla de Snellen. Incluye examen de la vista con instrumentos a los 3, 4 y 5 años. Un oftalmólogo u optometrista hace el examen completo de la vista, para lo que se necesita un beneficio de atención de la vista.

\*\*\*\* Debe recibirla en el consultorio de su PCP o en una farmacia designada como proveedor de vacunas. Llame a Servicios para Miembros para confirmar que su proveedor de vacunas esté en la red de Highmark.

\*\*\*\*\* Vacuna del meningococo B, según la recomendación del médico.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	15 AÑOS	18 AÑOS
<b>Examen de mutación del BRCA</b> (se necesita autorización previa)					Según la recomendación del médico							
<b>Examen de colesterol</b>	El examen se hará según la historia de la familia y los factores de riesgo del niño											
<b>Barniz de flúor</b> (debe hacerlo con su médico de atención primaria)	Menores de 5 años											
<b>Examen de hepatitis B</b>									Según la recomendación del médico			
<b>Examen de hepatitis C</b>												●
<b>Examen de tuberculosis latente</b>												Alto riesgo
<b>Exámenes y orientación sobre enfermedades de transmisión sexual (STD)</b> (clamidia, gonorrea, VIH y sífilis)									Para todas las personas sexualmente activas Chequeo de rutina del VIH, una vez entre 15 - 21 años			
<b>Prueba de tuberculina</b>	Según la recomendación del médico											

## Niños: 6 meses a 18 años<sup>1</sup>

### MEDICAMENTOS PREVENTIVOS QUE NECESITAN RECETA DEL MÉDICO

**Flúor bucal** Entre 6 meses y 16 años si hay falta de fluoruro en su fuente de agua principal

### PREVENCIÓN DE OBESIDAD, ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, DIABETES Y DERRAME CEREBRAL

Los niños con un BMI entre el percentil 85 y el 94 (sobrepeso) y entre el percentil 95 y el 98 (obesidad) son elegibles para:

- Más visitas anuales de prevención en el consultorio, específicamente por obesidad
- Más visitas de orientación nutricional específicamente por obesidad
- Pruebas de laboratorio recomendadas:
  - Alanina aminotransferasa (ALT)
  - Aspartato aminotransferasa (AST)
  - Hemoglobina A1c o glucosa en ayunas (FBS)
  - Examen de colesterol

Personas de 18 años con diagnóstico de hipertensión, presión alta, dislipidemia o síndrome metabólico

Orientación nutricional

# Programa de prevención de la salud de la mujer

## SERVICIOS

<b>Visitas de control de mujer sana</b> (Incluye: visita antes de la concepción, primera visita prenatal y evaluación de incontinencia urinaria)	Hasta cuatro visitas cada año para servicios preventivos adecuados para el desarrollo y la edad
<b>Métodos anticonceptivos (control de natalidad) y conversación*</b>	Todas las mujeres con planes de embarazo o que puedan quedar embarazadas

## EXÁMENES/PROCEDIMIENTOS

<b>Examen de diabetes</b>	Examen de diabetes en el embarazo en la primera visita prenatal o en las semanas 24-28 y después del embarazo en mujeres con historia de diabetes gestacional y sin diagnóstico de diabetes.
<b>Examen y conversación del VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las mujeres sexualmente activas: Una vez al año</li> <li>• Las mujeres mayores de 15 años se deben hacer un examen del VIH al menos una vez durante su vida</li> <li>• Evaluación de riesgos y educación para prevenir la infección por VIH a partir de los 13 años</li> <li>• Examen del VIH en todas las mujeres embarazadas al inicio de la atención prenatal y un nuevo examen durante el embarazo según los factores de riesgo</li> </ul>
<b>Examen del virus del papiloma humano (HPV)</b>	A partir de los 30 años: Cada tres años
<b>Evaluación y orientación sobre violencia doméstica y de pareja íntima</b>	Una vez al año
<b>Apoyo, orientación y costos de equipo para amamantar (lactancia)</b>	Durante el embarazo o después del parto (posparto)
<b>Conversación sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</b>	Todas las mujeres sexualmente activas: Una vez al año
<b>Evaluación de ansiedad</b>	La Iniciativa de Servicios de Prevención para la Mujer recomienda hacer un examen médico de ansiedad a mujeres adolescentes y adultas, incluyendo embarazadas o posparto.
<b>Orientación nutricional</b>	40 – 60 años con BMI normal y BMI con sobrepeso

\* Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA pueden incluir la esterilización y otros procedimientos según lo indicado. Uno o más métodos anticonceptivos de cada uno de los 18 métodos aprobados por la FDA, y cualquier servicio particular o producto anticonceptivo aprobado, autorizado o concedido por la FDA que el proveedor de la persona determine que es médicamente adecuado, están cubiertos sin costos compartidos. Proceso de excepción: su proveedor puede pedir una excepción para el uso de un medicamento anticonceptivo con receta que no esté en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) debido a necesidad médica completando en línea el formulario de solicitud. Cuando se aprueba, el medicamento con receta estará disponible para usted con un costo compartido de cero dólares. Nota: En la página 2 del formulario, con el título Autorización previa se lee “Los anticonceptivos solo necesitan una declaración de necesidad médica”. El siguiente enlace funciona para todos los estados. [<https://content.highmarkprc.com/Files/Region/PA/Forms/MM-056.pdf>]. Solo las aplicaciones anticonceptivas aprobadas por la FDA, que no sean parte de las 18 categorías de métodos, y que están disponibles para descargar en un teléfono celular son reembolsables mediante el proceso de reclamo en papel con una receta. Los miembros deben presentar tres documentos para obtener el reembolso: 1) el formulario de reclamo completo en papel: [[https://www.highmarkbcbs.com/redesign/pdfs/mhs/Medical\\_Claim\\_Form.pdf](https://www.highmarkbcbs.com/redesign/pdfs/mhs/Medical_Claim_Form.pdf)]. En la sección DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión) escriba “contraception app purchase” (compra de aplicación anticonceptiva), 2) recibo de pago de la aplicación anticonceptiva aprobada por la FDA, 3) receta del proveedor de la aplicación anticonceptiva aprobada por la FDA.

Los beneficios o la administración de los beneficios pueden proporcionarse por, o mediante, las siguientes entidades, que son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc., que opera con el nombre comercial Highmark Blue Shield, Highmark Benefits Group Inc., Highmark Health Insurance Company, Highmark Choice Company o Highmark Senior Health Company.

**Es posible que su plan no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea detenidamente el material del plan para determinar cuáles son los servicios de atención médica que están cubiertos. Para obtener más información, llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o, si no es un miembro, llame al 866-459-4418.**

Todas las referencias a "Highmark" en este documento son referencias a la compañía Highmark que está proporcionando los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

#### La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y de identidad de género. El administrador de reclamos/aseguradora no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado al nacer, identidad de género ni género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no denegará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona no es el sexo para el que dicho servicio médico está disponible normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no denegará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa denegación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el administrador de reclamos/aseguradora no le prestó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales y de identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475; correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY:711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al número en la parte posterior de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

请注意：如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。请拨打您的身份证背面的号码（TTY：711）。

توجه: اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره واقع در پشت کارت شناسایی خود (TTY: 711) تماس بگیرید.

알림: 한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

Kominike : Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan nimewo ki nan do kat idantite w la (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Contatti il numero riportato sul retro della sua carta d'identità (TTY: 711).

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, אוועילעבל פאר אייך. רופט די נומער וואס איז אויף די פארקערטע זייט פון אייער ID קארטל (TTY:711).

মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের (TTY:711) পিছনে থাকা নম্বরে ফোন করুন।

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المساعدة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم الموجود خلف بطاقة هويتك (جهاز الاتصال لذوي صعوبات السمع والنطق: 711).

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty ubezpieczenia zdrowotnego (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identité (TTY: 711).

توجه: فرمانین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، زبان معاونت سروس، مفت میں آپ کے لیے دستیاب ہے۔ اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر درج شدہ نمبر پر کال کریں (TTY: 711)۔

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga librong serbisyong tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Σε περίπτωση που μιλάτε Ελληνικά, οι διαθέσιμες υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας σας παρέχονται δωρεάν. Καλέστε τον αριθμό στο πίσω μέρος της ταυτότητας σας (TTY:711).

## Información sobre la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)

Este programa es una herramienta de referencia para planificar la atención preventiva para su familia y tiene una lista del material médico y los servicios necesarios según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), con sus modificaciones. Se revisa y se actualiza periódicamente según las recomendaciones de U.S. Preventive Services Task Force, las leyes y reglamentaciones y las actualizaciones de las directrices clínicas establecidas por organizaciones médicas nacionales. Por lo tanto, el contenido de este programa está sujeto a cambios. Sus necesidades específicas de servicios preventivos pueden variar según sus factores de riesgo personales. Su médico es siempre su mejor recurso para determinar si usted tiene más riesgo de una condición. Algunos servicios pueden necesitar autorización previa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, las autorizaciones previas o su cobertura de beneficios, llame al número de Servicios para Miembros que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

## Información sobre el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Debido a que el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) está patrocinado por el gobierno y no está sujeto a la ley ACA, es posible que ciertos beneficios preventivos no se apliquen a los miembros de CHIP o que puedan estar sujetos a copagos.

La Ley ACA autoriza la cobertura de ciertos servicios adicionales de atención preventiva. Estos servicios no se aplican a los planes con "derechos adquiridos". Esos planes se establecieron antes del 23 de marzo de 2010 y no han cambiado su estructura de beneficios. Si su cobertura médica es un plan con derechos adquiridos, usted tiene que haber recibido un aviso de esto en el material de los beneficios.