



Esto es solo un resumen. Si desea obtener más detalles acerca de su cobertura y los costos, puede consultar todos los términos en los documentos de su póliza o **plan** a través de www.blueshieldca.com o por teléfono al 1-800-642-6155.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el deducible general?	\$4,000 por persona/ \$8,000 por familia No se aplica a la atención preventiva.	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted utiliza. Revise los documentos de su póliza o plan para ver cuándo comienza nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 3 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe alcanzar deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 3 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay un límite de desembolso en mis gastos?	Sí. Para proveedores preferidos : \$5,500 por persona/ \$11,000 por familia Para proveedores no preferidos : \$10,000 por persona/ \$20,000 por familia	El límite de desembolso es el monto máximo que usted puede pagar durante un período de cobertura (normalmente, un año) por la parte del costo de los servicios cubiertos que le corresponda a usted. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención de la salud.
¿Qué no se incluye en el límite de desembolso ?	Las primas , los cargos de saldos facturados , algunos copagos y la atención médica que no cubra este plan .	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el límite de desembolso .
¿Hay un límite anual global sobre lo que paga el plan ?	No.	El cuadro que comienza en la página 3 describe los límites en el monto que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como visitas al consultorio.
¿Utiliza este plan una red de proveedores ?	Sí. Para consultar la lista de proveedores preferidos , visite www.blueshieldca.com o llame al 1-800-642-6155	Si utiliza un médico dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará una parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red pueden utilizar un proveedor fuera de la red para prestar algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores incluidos en su red . Consulte el cuadro que comienza en la página 3 para saber cómo paga este plan a los diferentes tipos de proveedores .

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.

Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

<p>¿Necesito una derivación para atenderme con un <u>especialista</u>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede ver el <u>especialista</u> que usted elija sin el permiso de este <u>plan</u>.</p>
<p>¿Hay algún servicio que este <u>plan</u> no cubra?</p>	<p>Sí.</p>	<p>En la página 8, se indican algunos de los servicios que no cubre este <u>plan</u>. Consulte los documentos de su póliza o <u>plan</u> para obtener información adicional sobre los <u>servicios excluidos</u>.</p>

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.
 Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.
 Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.



- Los **copagos** son las cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es su participación en los costos de un servicio cubierto, se calcula como un porcentaje de la **cantidad permitida** que se paga por el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida de un plan** para una noche de hospitalización es de \$1,000, su pago de **coseguro** del 20% equivaldría a \$200. Esto puede cambiar si no ha alcanzado su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor fuera de la red** cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital **fuera de la red** cobra \$1,500 por una noche de hospitalización y la **cantidad permitida** es de \$1,000, es posible que tenga que pagar \$500 de diferencia. (Esto se denomina **facturación del saldo**).
- Este **plan** puede motivarlo a que acuda a **proveedores preferidos** al cobrarle **deducibles, copagos y coseguros** más bajos.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si acude a un proveedor preferido	Su costo si acude a un proveedor no preferido	Limitaciones y exclusiones
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de coseguro	50% de coseguro	-----Ninguna-----
	Visita a un especialista	20% de coseguro	50% de coseguro	-----Ninguna-----
	Visita al consultorio de otro médico	20% de coseguro para atención quiropráctica	50% de coseguro para atención quiropráctica	Cubre hasta 20 visitas por año civil para atención quiropráctica.
	Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro en laboratorio/centro de radiografías independiente	50% de coseguro en laboratorio/centro de radiografías independiente	-----Ninguna-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro en centro de diagnóstico independiente	50% de coseguro en centro de diagnóstico independiente	Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.
Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.
Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si acude a un <u>proveedor preferido</u>	Su costo si acude a un <u>proveedor no preferido</u>	Limitaciones y exclusiones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> en <u>www.blueshieldca.com</u> .	Medicamentos genéricos	\$10/receta (al por menor) \$20/receta (servicio por correo)	25% de la cantidad facturada + \$10/receta (al por menor) Sin cobertura (servicio por correo)	Cubre un suministro de hasta 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (servicio por correo). Para determinados medicamentos del formulario y no pertenecientes al formulario, se necesita una autorización previa.
	Medicamentos de marca <u>preferidos</u>	\$25/receta (al por menor) \$50/receta (por correo)	25% de la cantidad facturada + \$25/receta (al por menor) Sin cobertura (servicio por correo)	
	Medicamentos de marca <u>no preferidos</u>	\$40/receta (al por menor) \$80/receta (por correo)	25% de la cantidad facturada + \$40/receta (al por menor) Sin cobertura (servicio por correo)	
	Medicamentos especializados	30% hasta un desembolso de \$200 en concepto de <u>copago</u> máximo por receta	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días. Requiere autorización previa.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita + 20% de <u>coseguro</u>	\$100/visita + 20% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Transporte médico de emergencia	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.

Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si acude a un proveedor preferido	Su costo si acude a un proveedor no preferido	Limitaciones y exclusiones
	Atención urgente	20% de <u>coseguro</u> en un centro de <u>atención urgente</u> independiente	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
En caso de hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	\$100/ingreso + 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si necesita atención para tratar trastornos mentales, trastornos conductuales o abuso de sustancias adictivas	Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados	\$100/ingreso + 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.
	Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Servicios para pacientes internados con trastornos por el uso de sustancias adictivas	\$100/ingreso + 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para las pacientes internadas	\$100/ingreso + 20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.

Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si acude a un <u>proveedor preferido</u>	Su costo si acude a un <u>proveedor no preferido</u>	Limitaciones y exclusiones
Si necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Cubre hasta 100 visitas por año civil. A menos que se autoricen previamente, los <u>servicios no preferidos para la atención médica a domicilio</u> y la infusión a domicilio no están cubiertos. Cuando estos servicios están autorizados previamente, usted paga el <u>copago de proveedor preferido</u> . Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u> en SNF independiente	20% de <u>coseguro</u> en SNF independiente	Cubre hasta 100 días por año civil junto con los servicios de la unidad de enfermería especializada de un hospital. Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios.

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com. Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si acude a un <u>proveedor preferido</u>	Su costo si acude a un <u>proveedor no preferido</u>	Limitaciones y exclusiones
	<u>Cuidados para pacientes terminales</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios. Es posible que se aplique un <u>coseguro</u> para otros <u>cuidados para pacientes terminales</u> .
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Chequeo dental	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.

Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan NO cubre (Esta no es la lista completa. Revise los documentos de su póliza o plan para conocer otros servicios excluidos).

• Acupuntura	• Tratamiento para la infertilidad	• Atención de la vista de rutina (adultos)
• Cirugía estética	• Atención a largo plazo	• Atención de los pies de rutina
• Atención dental (adultos/niños)	• Atención sin carácter de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos	• Programas para la pérdida de peso
• Audífonos	• Servicio de enfermería privado	

Otros servicios cubiertos (Esta no es la lista completa. Revise los documentos de su póliza o plan para conocer otros servicios cubiertos y los costos de esos servicios).

• Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica
----------------------	--------------------------

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Si usted pierde la cobertura de un plan, entonces, en función de cada caso, las leyes federales y estatales pueden brindarle medidas de protección que le permitan mantener su cobertura de salud. Tales derechos podrán ser de duración limitada y se le exigirá que pague una prima, que puede ser considerablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por el plan. También se pueden aplicar otras limitaciones a sus derechos a continuar con su cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con su cobertura, comuníquese con el plan al **1-800-642-6155**. También puede comunicarse con su departamento estatal de seguros, la Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos) al 1-866-444-3272, o en www.dol.gov/ebsa, o llame al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) al 1-877-267-2323, extensión 61565, o visite www.cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.
Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.
Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al **1-866-444-3272** para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Sus derechos a reclamos y apelaciones:

Si usted tiene una queja o no está conforme con la negación de la cobertura de alguna reclamación correspondiente a su plan, puede presentar una apelación o un reclamo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos o esta notificación, o si necesita asistencia, puede llamar al 1-800-642-6155 o a la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272), o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con el Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada, DMHC) de California al 1-888-466-2219 o visite <http://www.healthhelp.ca.gov>.

¿Brinda este plan una cobertura esencial mínima?

La ley Affordable Care Act exige que la mayoría de las personas tengan un nivel de cobertura de salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo?

La ley Affordable Care Act establece un estándar de valor mínimo de beneficios que debe ofrecer un plan de salud. El estándar de valor mínimo equivale al 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo correspondiente a los beneficios que ofrece.**

Servicios de acceso a idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-346-7198.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-346-7198.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-346-7198.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-346-7198.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos usando una situación médica ficticia, consulte la siguiente página.*—————

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.

Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al **1-866-444-3272** para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Utilice estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener el paciente ejemplificado según los diferentes planes.



Estos ejemplos no son estimadores de costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales de este plan. La atención real y los costos serán diferentes de estos ejemplos.

Consulte la página siguiente para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Va a ser mamá (parto normal)

- **Tarifa de los proveedores:** \$7,540
- **El plan paga** \$2,720
- **El paciente paga** \$4,820

Costos de la atención ejemplificados:

Gastos hospitalarios (madre)	\$2,700
Atención de obstetricia de rutina	\$2,100
Gastos hospitalarios (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Servicios de radiología	\$200
Vacunas, otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

<u>Deducibles</u>	\$4,000
<u>Copagos</u>	\$20
<u>Coseguro</u>	\$650
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$4,820

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una afección controlada)

- **Tarifa de los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$1,110
- **El paciente paga** \$4,290

Costos de la atención ejemplificados:

Recetas	\$2,900
Equipo y suministros médicos	\$1,300
Consultas y procedimientos en el consultorio	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

<u>Deducibles</u>	\$4,000
<u>Copagos</u>	\$130
<u>Coseguro</u>	\$80
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$4,290

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.
 Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.
 Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Preguntas y respuestas acerca de los Ejemplos de Cobertura:

¿Cuáles son algunas de las hipótesis en las que se basan los Ejemplos de Cobertura?

- Los costos no incluyen primas.
- Los costos ejemplificados de atención médica se basan en promedios nacionales suministrados por el U.S. Department of Health and Human Services, y no son específicos de una determinada área geográfica o de un plan de salud.
- La afección del paciente no era una afección excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para cualquiera de los miembros cubiertos por este plan.
- Los gastos de desembolso se basan únicamente en el tratamiento de la afección que menciona el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de los proveedores de la red. Si el paciente hubiera recibido la atención de los proveedores fuera de la red, los costos habrían sido más altos.
- El plan y los pagos del paciente se basan en una sola persona inscrita en el plan o la póliza.

¿Qué muestra un Ejemplo de Cobertura?

En cada situación de tratamiento, los Ejemplos de Cobertura lo ayudan a ver cómo calcular los deducibles, los copagos y los coseguros. Esto también lo ayuda a ver qué gastos podrían correr por su cuenta debido a que el servicio o el tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El Ejemplo de Cobertura prevé mis propias necesidades de atención?

✘ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted recibiría por esta afección podría ser diferente según las indicaciones de su médico, su edad, la gravedad de su afección y otros factores.

¿Los Ejemplos de Cobertura prevén mis futuros gastos?

✘ **No.** Los Ejemplos de Cobertura no son estimadores de costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una afección real. Se usan únicamente con fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes en función de la atención que usted reciba, los precios de los proveedores y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo usar los Ejemplos de Cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando mire el Resumen de los Beneficios y la Cobertura de otros planes, usted encontrará los mismos Ejemplos de Cobertura. Cuando compare los planes, observe la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto más baja sea la cifra, más amplia será la cobertura del plan.

¿Hay otros costos que debería considerar al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la prima que paga. Por lo general, cuanto más baja sea su prima, más altos serán los gastos de desembolso que usted deberá pagar; estos gastos incluyen copagos, deducibles y coseguros. También debe considerar las contribuciones de cuentas, tales como Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos (HSA), Arreglos de Gastos Flexibles (FSA) o Cuentas de Reembolsos de Gastos Médicos (HRA) que lo ayudarán a pagar sus gastos de desembolso.

Preguntas: Llame al 1-800-642-6155 o visítenos en www.blueshieldca.com.

Si alguno de los términos subrayados en este formulario no le queda claro, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.