**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?** | Para **proveedores preferidos**: **$0** por persona/**$0** por dos personas/**$0** por familia<br>Para **proveedores no preferidos**: **$250** por persona/**$500** por dos personas/**$750** por familia<br>No se aplica a la atención preventiva ni a los medicamentos genéricos. | 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**: **$1,500** por persona/**$3,000** por familia<br>Para **proveedores no preferidos**: **$2,250** por persona/**$4,750** 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 *específicos*, tales como visitas al consultorio. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Conceptos importantes: |
|---|---|---|
| **¿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**. |
| **¿Necesito una derivación para atenderme con un especialista?** | No. | Puede ver el **especialista** que usted elija sin el permiso de este **plan**. |
| **¿Hay algún servicio que este plan no cubra?** | Sí. | En la página 7, se indican algunos de los servicios que no cubre este **plan**. Consulte los documentos de su póliza o **plan** para obtener información adicional sobre los **servicios excluidos**. |

- 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 | $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Visita a un **especialista** | $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Visita al consultorio de otro médico | $10/visita para atención quiropráctica<br><br>Sin cargo para acupuntura | 30% de **coseguro** para atención quiropráctica<br>Sin cargo para acupuntura | Cubre hasta 30 visitas por año civil para los servicios de quiropráctica. Cubre hasta 20 visitas por año civil para los servicios de acupuntura. |
| | Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones | Sin cargo | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| **Si se realiza una prueba** | Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo en laboratorios o centros de radiografías independientes | 30% de **coseguro** en laboratorio/centro de radiografías independiente | ----------Ninguna---------- |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo en centros de diagnóstico independientes | 30% 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. |



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 |
|---|---|---|---|---|
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección**<br><br>Hay más información disponible acerca de la **cobertura para medicamentos recetados** en www.blueshieldca.com . | Medicamentos genéricos | $10/receta (al por menor)<br>$10/receta (servicio por correo) | 25% de la cantidad facturada<br>+ $10/receta (al por menor)<br>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).<br><br>Para determinados medicamentos del formulario y no pertenecientes al formulario, se necesita una autorización previa. |
| | Medicamentos de marca **preferidos** | $15/receta (al por menor)<br>$15/receta (servicio por correo) | 25% de la cantidad facturada<br>+ $15/receta (al por menor)<br>Sin cobertura (servicio por correo) | |
| | Medicamentos de marca **no preferidos** | $15/receta (al por menor)<br>$15/receta (servicio por correo) | 25% de la cantidad facturada<br>+ $15/receta (al por menor)<br>Sin cobertura (servicio por correo) | |
| | Medicamentos especializados | $10/receta | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 30 días.<br><br>Requiere autorización previa. |
| **Si se somete a una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro de atención (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Servicios de la sala de emergencias | $50/visita | $50/visita | ----------Ninguna---------- |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | ----------Ninguna---------- |
| | **Atención urgente** | $10/visita en un centro de **atención urgente** independiente | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |



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 |
|---|---|---|---|---|
| **En caso de hospitalización** | Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital) | Sin cargo | 30% de **coseguro** | Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| **Si necesita atención para tratar trastornos mentales, trastornos conductuales o abuso de sustancias adictivas** | Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios | Para las primeras 3 visitas: Sin cargo, luego $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados | Sin cargo | 30% de **coseguro** | 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 | Para las primeras 3 visitas: Sin cargo, luego $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Servicios para pacientes internados con trastornos por el uso de sustancias adictivas | Sin cargo | 30% de **coseguro** | 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 | $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Parto y todos los servicios para las pacientes internadas | Sin cargo | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |

| 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 necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales** | **Atención médica a domicilio** | Sin cargo | Sin cobertura | Cubre hasta 100 visitas por año civil. A menos que se autoricen previamente, los **servicios no preferidos para la atención médica a domicilio** y la infusión a domicilio no están cubiertos. Cuando estos servicios están autorizados previamente, usted paga el **copago** de **proveedor preferido**. |
| | **Servicios de rehabilitación** | $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | **Servicios de habilitación** | $10/visita | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | **Atención de enfermería especializada** | Sin cargo en SNF independiente | Sin cargo 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. |
| | **Equipo médico duradero** | Sin cargo | 30% de **coseguro** | Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios. |
| | **Cuidados para pacientes terminales** | Sin cargo | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la reducción o falta de pago de beneficios. |
| **Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista** | Examen de la vista | Sin cargo | 30% de **coseguro** | ----------Ninguna---------- |
| | Anteojos | Sin cobertura | Sin cobertura | ----------Ninguna---------- |
| | Chequeo dental | Sin cobertura | Sin cobertura | ----------Ninguna---------- |

## 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).** | | |
|---|---|---|
| • Cirugía estética | • Tratamiento para la infertilidad | • Atención de los pies de rutina |
| • Atención dental (adultos/niños) | • Atención a largo plazo | • Programas para la pérdida de peso |
| • Audífonos | • Atención sin carácter de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos | • 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).** | |
|---|---|
| • Acupuntura | • Atención quiropráctica |
| • Cirugía bariátrica | • Atención de la vista de rutina (adultos) |

## 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.



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, kwiijigo holne' 1-866-346-7198.

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

# 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** $7,350
- **El paciente paga** $190

**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:**

| | |
|---|---|
| **Deducibles** | $0 |
| **Copagos** | $40 |
| **Coseguro** | $0 |
| Límites o exclusiones | $150 |
| **Total** | **$190** |

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

- **Tarifa de los proveedores:** $5,400
- **El plan paga** $4,820
- **El paciente paga** $580

**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:**

| | |
|---|---|
| **Deducibles** | $0 |
| **Copagos** | $500 |
| **Coseguro** | $0 |
| Límites o exclusiones | $80 |
| **Total** | **$580** |

# 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.



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