

County of San Bernardino Custom PPO 250-80/70

Período de cobertura: Del 25/7/2015 al 24/7/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre y cuánto cuesta este plan Cobertura para: Persona + Familia | Tipo de plan: PPO



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 por medio de Internet en www.blueshieldca.com o por teléfono al 1-800-642-6155.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el deducible general?	\$250 por persona/ \$500 por familia. No se aplica a los servicios de la sala de emergencias que no deriven en ingreso hospitalario, a las visitas al consultorio de médicos y especialistas participantes, a los sacaleches, a los servicios de salud preventivos ni a los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este 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 el cuadro 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 participantes: \$1,750 por persona/ \$3,500 por familia. Para proveedores no participantes: \$2,250 por persona/ \$4,500 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 costos compartidos y la atención de la salud que no cubra este plan.	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el límite 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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿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 obtener una lista de proveedores participantes, visite www.blueshieldca.com o llame al 1-800-642-6155.	Si utiliza un médico u otro proveedor de atención de la salud dentro de la red, 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 al especialista que usted elija sin el permiso de este plan.
¿Hay algún servicio que este plan no cubra?	Sí.	En la página 14, 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 .

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 de la salud 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** del 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** participantes al cobrarle **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si acude a un proveedor participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 de copago/visita	30% de coseguro	Para otros servicios recibidos durante la visita al consultorio, es posible que se aplique un costo compartido adicional del miembro. No está sujeto al deducible médico por año civil para los proveedores participantes.
	Visita a un especialista	\$10 de copago/visita	30% de coseguro	Para otros servicios recibidos durante la visita al consultorio, es posible que se aplique un costo compartido adicional del miembro. No está sujeto al deducible médico por año civil para los proveedores participantes.

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	Visita al consultorio de otro médico	<u>Quiropráctica:</u> 20% de coseguro <u>Acupuntura:</u> 20% de coseguro	<u>Quiropráctica:</u> 30% de coseguro <u>Acupuntura:</u> 20% de coseguro	<p>La cobertura para servicios de quiropráctica está limitada a 30 visitas por año civil.</p> <p>La cobertura para servicios de acupuntura está limitada a 20 visitas por año civil.</p> <p>Se aplica un costo compartido adicional del miembro para los servicios de radiografías cubiertos que se reciban en la visita al consultorio.</p>
	Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	<p>Los servicios de salud preventivos únicamente están cubiertos cuando son proporcionados por proveedores participantes.</p> <p>La cobertura de los servicios cumple con los requisitos de la Affordable Care Act (ACA, Ley de Atención Médica Económica) y las leyes de California.</p> <p>Para obtener más detalles, consulte el contrato de su plan.</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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	<u>Análisis de laboratorio y patología en un centro independiente:</u> 20% de coseguro <u>Radiografías y diagnóstico por imágenes en un centro de radiología independiente:</u> 20% de coseguro <u>Otros exámenes de diagnóstico en un centro independiente:</u> 20% de coseguro <u>Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Análisis de laboratorio y patología en un centro independiente:</u> 30% de coseguro <u>Radiografías y diagnóstico por imágenes en un centro de radiología independiente:</u> 30% de coseguro <u>Otros exámenes de diagnóstico en un centro independiente:</u> 30% de coseguro <u>Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro	Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos.

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética)	<u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un centro de radiología independiente:</u> 20% de coseguro <u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un centro de radiología independiente:</u> 30% de coseguro <u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro	Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos. Se necesita autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.blueshieldca.com .	Medicamentos genéricos	<u>Al por menor:</u> \$15 de copago/receta <u>Servicio por correo:</u> \$30 de copago/receta	<u>Al por menor:</u> 25% de la cantidad facturada + \$15 de copago/receta <u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura	<u>Al por menor:</u> Cubre un suministro de hasta 30 días. <u>Servicio por correo:</u> Cubre un suministro de hasta 90 días. Para determinados medicamentos del formulario y no pertenecientes al formulario, se necesita autorización previa.
	Medicamentos de marca del formulario	<u>Al por menor:</u> \$30 de copago/receta <u>Servicio por correo:</u> \$60 de copago/receta	<u>Al por menor:</u> 25% de la cantidad facturada + \$30 de copago/receta <u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no pertenecientes al formulario	<u>Al por menor:</u> \$30 de copago/receta <u>Servicio por correo:</u> \$60 de copago/receta	<u>Al por menor:</u> 25% de la cantidad facturada + \$30 de copago/receta <u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura	

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especializados	\$15 de copago/receta	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a medicamentos despachados por farmacias selectas de la Red de Farmacias Especializadas, a menos que exista una necesidad médica para una emergencia cubierta. Se necesita autorización previa.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	20% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$50 de copago/visita + 20% de coseguro	\$50 de copago/visita + 20% de coseguro	Exención del copago si hay ingreso hospitalario; se aplican los beneficios estándar de un centro hospitalario para pacientes internados. No está sujeto al deducible médico por año civil. Esto corresponde únicamente al cargo del hospital/centro de atención. El cargo del médico de la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) es aparte. La cobertura fuera de California está a cargo de BlueCard.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	-----Ninguna-----
	Atención urgente	\$10 de copago/visita en centro de atención urgente independiente	30% de coseguro en centro de atención urgente independiente	-----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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
En caso de hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	20% de coseguro	30% de coseguro	Se necesita autorización previa para todos los servicios. La omisión de la autorización previa para los servicios de trasplante especiales puede generar la falta de pago de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	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	<p><u>Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Sin cargo para las visitas 1 a 3; luego, \$10 de copago/visita</p> <p><u>Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Sin cargo</p>	<p><u>Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro</p> <p><u>Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro</p>	<p><u>Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Los servicios incluyen visitas al consultorio del profesional/médico. No está sujeto al deducible médico por año civil para los proveedores participantes.</p> <p><u>Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Los servicios incluyen tratamiento de salud conductual, terapia electroconvulsiva, programas intensivos para pacientes ambulatorios, programas de hospitalización parcial y estimulación magnética transcraneal. En los programas de hospitalización parcial se pueden aplicar copagos y cargos del centro más elevados por episodio de atención.</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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
				Se necesita autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA, por sus siglas en inglés) para los servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios.
	Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados	<u>Servicios hospitalarios de salud mental para pacientes internados:</u> 20% de coseguro <u>Servicios residenciales de salud mental:</u> 20% de coseguro <u>Servicios de salud mental para pacientes internados brindados por un médico:</u> 20% de coseguro	<u>Servicios hospitalarios de salud mental para pacientes internados:</u> 30% de coseguro <u>Servicios residenciales de salud mental:</u> 30% de coseguro <u>Servicios de salud mental para pacientes internados brindados por un médico:</u> 30% de coseguro	Se necesita autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA).

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	<p>Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas</p>	<p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Sin cargo para las visitas 1 a 3; luego, \$10 de copago/visita</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Sin cargo</p>	<p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro</p>	<p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Los servicios incluyen visitas al consultorio del profesional/médico. No está sujeto al deducible médico por año civil para los proveedores participantes.</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Los servicios incluyen programas de hospitalización parcial, programas intensivos para pacientes ambulatorios y tratamientos con opioides en el consultorio. En los programas de hospitalización parcial se pueden aplicar copagos y cargos del centro más elevados por episodio de atención. Se necesita autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA) para los servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios.</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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	Servicios para pacientes internados con trastornos por el uso de sustancias adictivas	<u>Servicios hospitalarios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados:</u> 20% de coseguro <u>Servicios residenciales por abuso de sustancias adictivas:</u> 20% de coseguro <u>Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un médico:</u> 20% de coseguro	<u>Servicios hospitalarios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados:</u> 30% de coseguro <u>Servicios residenciales por abuso de sustancias adictivas:</u> 30% de coseguro <u>Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un médico:</u> 30% de coseguro	Se necesita autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA).
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	<u>Prenatal:</u> 20% de coseguro <u>Posnatal:</u> 20% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para las pacientes internadas	20% de coseguro	30% de coseguro	-----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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales	Atención de la salud a domicilio	20% de coseguro	Sin cobertura	Cubre hasta 100 visitas por año civil. A menos que se autoricen previamente, los servicios de atención de la salud a domicilio y de infusión a domicilio brindados por proveedores no preferidos no están cubiertos. Cuando estos servicios están autorizados previamente, usted paga el copago de proveedor preferido. Se necesita autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	<u>Visita al consultorio:</u> 20% de coseguro <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Visita al consultorio:</u> 30% de coseguro <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro	Cobertura para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.
	Servicios de habilitación	<u>Visita al consultorio:</u> 20% de coseguro <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Visita al consultorio:</u> 30% de coseguro <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro	No está sujeto al deducible médico por año civil para los proveedores participantes en un consultorio.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro en centro de enfermería especializada independiente	20% de coseguro en centro de enfermería especializada independiente	Cobertura limitada a 100 días por miembro por período de beneficios, junto con los servicios de un hospital/centro de enfermería especializada independiente. Se necesita autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	30% de coseguro	Se necesita autorización previa.

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 participante	Su costo si acude a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	Cuidados para pacientes terminales	Sin cargo	Sin cobertura	En el caso de los cuidados para pacientes terminales, se aplica un 20% para la atención domiciliaria continua las 24 horas y la atención general para pacientes internados. Todos los beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales deben contar con la autorización previa del plan. (Con excepción de la consulta previa a los cuidados para pacientes terminales). La omisión de la autorización previa puede generar la falta de pago de beneficios.
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a un examen completo de la vista autoderivado cada 12 meses consecutivos (sin límite de edad) para los servicios brindados por proveedores del administrador del plan de la vista. En el caso de visitas a proveedores no participantes, el reembolso máximo del plan para exámenes oftalmológicos es de \$60 o de \$50 si el miembro se realiza un examen optométrico.
	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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 una lista completa. Revise los documentos de su póliza o plan para conocer otros servicios excluidos).

• Cirugía estética	• Tratamiento para la esterilidad	• Servicio de enfermería privado (a menos que esté inscrito en un programa de cuidados para pacientes terminales participante)
• Atención dental (adultos/niños)	• Atención a largo plazo	• Atención de los pies de rutina (a menos que sea para el tratamiento de la diabetes)
• Audífonos	• Atención sin carácter de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos	• Programas para la pérdida de peso

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

• Acupuntura (cobertura limitada a 20 visitas por año civil)	• Atención quiropráctica (cobertura limitada a 30 visitas por año civil)
• Cirugía bariátrica (Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la falta de pago de beneficios).	• Atención de la vista de rutina (adultos/niños) (La cobertura se limita a un examen completo de la vista autoderivado cada 12 meses consecutivos).

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 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. Dichos 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 bien visitar www.dol.gov/ebsa, o llamar 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 ingresar en www.cciio.cms.gov.

Sus derechos a reclamos y apelaciones:

Si 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 bien visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su **apelación**. Comuníquese con el Centro de Ayuda del Department of Managed Health Care (DMHC, Departamento de Atención de la Salud Administrada) de California al **1-888-466-2219** o visite <http://www.healthhelp.ca.gov>.

¿Brinda esta cobertura una cobertura esencial mínima?

Conforme a la Ley de Atención Médica Económica (en adelante, la ley “Affordable Care Act”), la mayoría de las personas deben tener una cobertura de atención de la salud que se considere una “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza efectivamente proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Cumple esta cobertura 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 efectivamente cumple con el estándar de valor mínimo correspondiente a los beneficios que ofrece.**

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 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, kwiiijigo 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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 si recibiera cobertura 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** \$5,720
- **El paciente paga** \$1,820

Costos de 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	\$250
Copagos	\$20
Coseguro	\$1,400
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$1,820

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

- **Tarifa de los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$4,140
- **El paciente paga** \$1,260

Costos de 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	\$250
Copagos	\$700
Coseguro	\$230
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,260

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.dol.gov/ebsa/healthreform 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 de atención ejemplificados 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 ninguno 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 **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.
- Los pagos del plan y 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 muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura prevé 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 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 beneficios y cobertura” de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, observe la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto más baja sea esa 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 usted 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, por sus siglas en inglés), arreglos de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o cuentas de reembolsos de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés), 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.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

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