blue of california

County of San Bernardino Custom PPO Needles-0/250 100/70

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?	Para proveedores participantes: **$0** por persona/ **$0** por dos personas/**$0** por familia. Para proveedores no participantes: **$250** por persona/**$500** por dos personas/**$750** 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: **$1,500** por persona/**$3,000** por familia. Para proveedores no participantes: **$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.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿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**.
¿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.
¿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 12, 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 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.
	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.
	Visita al consultorio de otro médico	Quiropráctica: $10 de copago/visita Acupuntura: Sin cargo	Quiropráctica: 30% de coseguro Acupuntura: Sin cargo	La cobertura para los servicios de quiropráctica está limitada a 30 visitas por año civil. La cobertura para los servicios de acupuntura está limitada a 20 visitas por año civil. Se aplica un costo compartido adicional del miembro para los servicios de radiografías cubiertos que se reciban en la visita al consultorio.

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
	Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Sin cargo	30% de coseguro	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. Para obtener más detalles, consulte el contrato de su plan.
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio y patología en un centro independiente: Sin cargo Radiografías y diagnóstico por imágenes en un centro de radiología independiente: Sin cargo Otros exámenes de diagnóstico en un centro independiente: Sin cargo Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios: Sin cargo	Análisis de laboratorio y patología en un centro independiente: 30% de coseguro Radiografías y diagnóstico por imágenes en un centro de radiología independiente: 30% de coseguro Otros exámenes de diagnóstico en un centro independiente: 30% de coseguro Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro	Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos.

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)	Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un centro de radiología independiente: Sin cargo Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios: Sin cargo	Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un centro de radiología independiente: 30% de coseguro Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios: 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 **cobertura de medicamentos recetados** en www.blueshieldca.com.	Medicamentos genéricos	Al por menor: $10 de copago/receta Servicio por correo: $10 de copago/receta	Al por menor: 25% de la cantidad facturada + $10 de copago/receta Servicio por correo: Sin cobertura	Al por menor: Cubre un suministro de hasta 30 días. Servicio por correo: 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	Al por menor: $15 de copago/receta Servicio por correo: $15 de copago/receta	Al por menor: 25% de la cantidad facturada + $15 de copago/receta Servicio por correo: Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no pertenecientes al formulario	Al por menor: $15 de copago/receta Servicio por correo: $15 de copago/receta	Al por menor: 25% de la cantidad facturada + $15 de copago/receta Servicio por correo: Sin cobertura	

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	$10 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)	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 de copago/visita	$50 de copago/visita	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	Sin cargo	Sin cargo	----------Ninguna----------
	Atención urgente	$10 de copago/visita en centro de atención urgente independiente	30% de coseguro en centro de atención urgente independiente	----------Ninguna----------

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)	Sin cargo	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	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	Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios: Sin cargo para las visitas 1 a 3; luego, $10 de copago/visita Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios: Sin cargo	Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro	Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios: Los servicios incluyen visitas al consultorio del profesional/médico. Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios: 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. 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.

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 de salud mental/conductual para pacientes internados	Servicios hospitalarios de salud mental para pacientes internados: Sin cargo Servicios residenciales de salud mental: Sin cargo Servicios de salud mental para pacientes internados brindados por un médico: Sin cargo	Servicios hospitalarios de salud mental para pacientes internados: 30% de coseguro Servicios residenciales de salud mental: 30% de coseguro Servicios de salud mental para pacientes internados brindados por un médico: 30% de coseguro	Se necesita autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA).
	Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas	Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios: Sin cargo para las visitas 1 a 3; luego, $10 de copago/visita Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios: Sin cargo	Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro	Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios: Los servicios incluyen visitas al consultorio del profesional/médico. Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios: 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.

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
				Los servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios requieren la autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA).
	Servicios para pacientes internados con trastornos por el uso de sustancias adictivas	Servicios hospitalarios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados: Sin cargo Servicios residenciales por abuso de sustancias adictivas: Sin cargo Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un médico: Sin cargo	Servicios hospitalarios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados: 30% de coseguro Servicios residenciales por abuso de sustancias adictivas: 30% de coseguro Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un médico: 30% de coseguro	Se necesita autorización previa del administrador de servicios de salud mental (MHSA).
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	Prenatal: $10 de copago/visita Posnatal: $10 de copago/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 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	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a 100 visitas por miembro 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 participantes no están cubiertos. Cuando estos servicios están autorizados previamente, usted paga el copago de proveedor participante. Se necesita autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Visita al consultorio: $10 de copago/visita Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: $10 de copago/visita	Visita al consultorio: 30% de coseguro Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro	Cobertura para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.
	Servicios de habilitación	Visita al consultorio: $10 de copago/visita Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: $10 de copago/visita	Visita al consultorio: 30% de coseguro Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: 30% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo en centro de enfermería especializada independiente	Sin cargo 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. Se necesita autorización previa.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	30% de coseguro	Se necesita autorización previa.

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	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	$10 de copago/visita si se acude a proveedores del administrador del plan de la vista	$10 de copago/visita si se acude a proveedores del administrador del plan de la vista	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----------

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).

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.

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 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.**

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 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** $7,360
- **El paciente paga** $180

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	$0
Copagos	$30
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$150
Total	**$180**

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 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 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.