



**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/UC](http://www.blueshieldca.com/UC) o por teléfono al 1-855-201-8375.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
<p>¿Cuál es el <b>deducible</b> general?</p>	<p>Para proveedores participantes:  <b>\$1,300</b> por persona/<b>\$2,600</b> por familia.                      Para proveedores no participantes:  <b>\$2,500</b> por persona/<b>\$5,000</b> por familia.                      No se aplica a los sacaleches ni a los servicios de salud preventivos para los proveedores participantes.                      Para la cobertura familiar, se debe alcanzar la totalidad del deducible familiar antes de que el inscrito o los dependientes cubiertos puedan recibir los beneficios de los servicios cubiertos.                      Los deducibles se acumulan de manera separada para los proveedores participantes y los proveedores no participantes. El deducible para proveedores no participantes incluye el deducible para proveedores participantes.</p>	<p>Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <b>deducible</b> 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 <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 4 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el <b>deducible</b>.</p>
<p>¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?</p>	<p>No.</p>	<p>No debe alcanzar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero consulte el cuadro que comienza en la página 4 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.</p>

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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:
<p>¿Hay un <u>límite de desembolso</u> en mis gastos?</p>	<p>Sí. Para proveedores participantes: <b>\$4,000</b> por persona/<b>\$6,400</b> por familia.            Para proveedores no participantes: <b>\$8,000</b> por persona/<b>\$16,000</b> por familia.            Para la cobertura familiar, se debe alcanzar la totalidad del desembolso máximo familiar antes de que el inscrito o los dependientes cubiertos puedan recibir todos los beneficios de los servicios cubiertos.            El desembolso máximo se acumula de manera separada para los proveedores participantes y los proveedores no participantes. El desembolso máximo para proveedores no participantes incluye el desembolso máximo para proveedores participantes.</p>	<p>El <u>límite de desembolso</u> 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.</p>
<p>¿Qué no se incluye en el <u>límite de desembolso</u>?</p>	<p>Las primas, los cargos de saldos facturados, algunos copagos y la atención de la salud que no cubra este plan.</p>	<p>Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de desembolso</u>.</p>
<p>¿Hay un límite anual global sobre lo que paga el plan?</p>	<p>No.</p>	<p>El cuadro que comienza en la página 4 describe los límites en el monto que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i>, tales como visitas al consultorio.</p>

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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:
¿Utiliza este plan una red de <u>proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores participantes, visite <a href="http://www.blueshieldca.com/UC">www.blueshieldca.com/UC</a> o llame al 1-855-201-8375.	Si utiliza un médico u otro <u>proveedor</u> 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 <u>proveedor</u> fuera de la red para prestar algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, <u>preferido</u> o participante para referirse a los <u>proveedores</u> incluidos en su <u>red</u> . Consulte el cuadro que comienza en la página 4 para saber cómo paga este plan a los diferentes tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesito una derivación para atenderme con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> 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 <u>servicios excluidos</u> .

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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 <b>proveedor de atención de la salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de coseguro	40% 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	20% de coseguro	40% 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	<u>Quiropráctica:</u> 20% de coseguro  <u>Acupuntura:</u> 20% de coseguro	<u>Quiropráctica:</u> 40% de coseguro  <u>Acupuntura:</u> 20% de coseguro	La cobertura para servicios de quiropráctica y acupuntura está limitada a 24 visitas combinadas 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.

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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
	Atención preventiva/ pruebas de detección/ inmunizaciones	Sin cargo	40% 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. No está sujeto al deducible médico por año civil para los proveedores participantes.
<b>Si se realiza una prueba</b>	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> 40% de coseguro  <u>Radiografías y diagnóstico por imágenes en un centro de radiología independiente:</u> 40% de coseguro  <u>Otros exámenes de diagnóstico en un centro independiente:</u> 40% de coseguro  <u>Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 40% de coseguro	<p>Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos.</p> <p><u>Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> La cantidad máxima permitida para los proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 40% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.</p>

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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> 40% de coseguro  <u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 40% de coseguro	Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos. Se necesita autorización previa. <u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> La cantidad máxima permitida para los proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 40% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>  Hay más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos recetados</u></b> en <a href="http://www.blueshieldca.com/UC">www.blueshieldca.com/UC</a> .	Medicamentos genéricos	<u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta <u>Servicio por correo:</u> 20% de coseguro/receta	<u>Al por menor:</u> 40% de coseguro/receta <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> Sin cobertura <u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura	<u>Al por menor:</u> Cubre un suministro de hasta 30 días.  <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC en farmacias especificadas o farmacias de UC selectas:</u> Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de marca del formulario	<u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta <u>Servicio por correo:</u> 20% de coseguro/receta	<u>Al por menor:</u> 40% de coseguro/receta <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> Sin cobertura <u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura	<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.

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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 de marca no pertenecientes al formulario	Al por menor: 20% de coseguro/receta <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta <u>Servicio por correo:</u> 20% de coseguro/receta	Al por menor: 40% de coseguro/receta <u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> Sin cobertura <u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	20% de coseguro/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.
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	20% de coseguro	40% de coseguro	La cantidad máxima permitida para proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 40% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	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.

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	-----Ninguna-----
	Atención urgente	20% de coseguro en centro de atención urgente independiente	40% de coseguro en centro de atención urgente independiente	-----Ninguna-----
<b>En caso de hospitalización</b>	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	La cantidad máxima permitida para proveedores no participantes es de \$600 por día. Los miembros son responsables del 40% de estos \$600 por día, más todos los cargos que excedan los \$600. Se necesita autorización previa para todos los servicios. La omisión de la autorización previa puede generar un pago adicional de \$250 por ingreso hospitalario o la falta de pago de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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
<b>Si necesita atención para tratar trastornos mentales, trastornos conductuales o abuso de sustancias adictivas</b> Estos servicios son contratados por separado con <b>Optum Behavioral Health</b> , que está a cargo de su administración. Para obtener más información, llame al <b>1-888-440-8225</b> .	Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se necesita autorización previa para los servicios que no sean de rutina ni se presten en el consultorio.
	Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	\$250 de multa por omitir la autorización previa del tratamiento. Se aplica a los ingresos fuera de la red.
	Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se necesita autorización previa para los servicios que no sean de rutina ni se presten en el consultorio.
	Servicios para pacientes internados con trastornos por el uso de sustancias adictivas	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	\$250 de multa por omitir la autorización previa del tratamiento. Se aplica a los ingresos fuera de la red.
<b>Si está embarazada</b>	Atención prenatal y posnatal	<u>Prenatal:</u> 20% de coseguro <u>Posnatal:</u> 20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para las pacientes internadas	20% de coseguro	40% de coseguro	La cantidad máxima permitida para proveedores no participantes es de \$600 por día. Los miembros son responsables del 40% de estos \$600 por día, más todos los cargos que excedan los \$600. Se necesita autorización previa para todos los servicios. La omisión de la autorización previa puede generar un pago adicional de \$250 por ingreso hospitalario o la falta de pago de beneficios.

**Preguntas:** Llame al **1-855-201-8375** o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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	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	<u>Visita al consultorio:</u> 20% de coseguro  <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Visita al consultorio:</u> 40% de coseguro  <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 40% de coseguro	Cobertura para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.  <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u>
	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> 40% de coseguro  <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 40% de coseguro	La cantidad máxima permitida para los proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 40% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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
	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 año civil junto con los servicios de un hospital o un centro de enfermería especializada independiente. Se necesita autorización previa para todos los servicios. La omisión de la autorización previa puede generar un pago adicional de \$250 por ingreso hospitalario o la falta de pago de beneficios.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Se necesita autorización previa.
	Cuidados para pacientes terminales	Sin cargo	Sin cobertura	En el caso de los cuidados para pacientes terminales, se aplica un coseguro del 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.
<b>Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Chequeo dental	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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

**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 24 visitas por año civil, combinadas con los servicios de quiropráctica)
- Atención quiropráctica (cobertura limitada a 24 visitas por año civil, combinadas con los servicios de acupuntura)
- Tratamiento para la esterilidad (cobertura limitada a estudios y pruebas para detectar la causa de la esterilidad)
- Cirugía bariátrica (Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la falta de pago de beneficios).
- Audífonos (cobertura limitada a una asignación máxima de \$2,000 por miembro cada 36 meses)

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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 **1-855-201-8375**. 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](http://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](http://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 **1-855-201-8375** 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](http://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 **1-855-201-8375** o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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, 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 **1-855-201-8375** o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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** \$4,890
- **El paciente paga** \$2,650

#### 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
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,300
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$2,650</b>

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

- **Tarifa de los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$3,230
- **El paciente paga** \$2,170

#### 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
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,300
Copagos	\$0
Coseguro	\$790
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$2,170</b>

**Preguntas:** Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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 1-855-201-8375 o visítenos en [www.blueshieldca.com/UC](http://www.blueshieldca.com/UC).

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](http://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.