



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 o por teléfono al 1-855-201-8375.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Para todos los proveedores: \$3,000 por persona. No se aplica a los servicios de la sala de emergencias que no deriven en ingreso hospitalario, a los servicios de salud preventivos ni a los gastos de viaje para recibir servicios de trasplante o de cirugía bariátrica.	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> 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 <u>deducible</u> (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 <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	No debe alcanzar <u>deducibles</u> 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 <u>límite de desembolso</u> en mis gastos?	Sí. Para todos los proveedores: \$6,350 por persona/ \$12,700 por familia.	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.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de desembolso</u> ?	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 <u>límite de desembolso</u> .
¿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.

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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>¿Utiliza este plan una red de <u>proveedores</u>?</p>	<p>Sí. Para obtener una lista de proveedores participantes, visite www.blueshieldca.com/uc o llame al 1-855-201-8375.</p>	<p>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 3 para saber cómo paga este plan a los diferentes tipos de <u>proveedores</u>.</p>
<p>¿Necesito una derivación para atenderme con un <u>especialista</u>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede ver al especialista que usted elija sin el permiso de este plan.</p>
<p>¿Hay algún servicio que este plan no cubra?</p>	<p>Sí.</p>	<p>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>.</p>

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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	20% de coseguro	20% 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	20% de coseguro	-----Ninguna-----
	Visita al consultorio de otro médico	<u>Quiropráctica:</u> 20% de coseguro <u>Acupuntura:</u> 20% de coseguro	<u>Quiropráctica:</u> 20% 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.
	Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Sin cargo	20% de coseguro	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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> 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	<p>Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos.</p> <p>Radiografías, análisis de laboratorio y otros exámenes en un hospital para pacientes ambulatorios: La cantidad máxima permitida para proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.</p>
	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> 20% de coseguro <u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<p>Los beneficios de esta sección corresponden a servicios de salud de diagnóstico no preventivos.</p> <p><u>Diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear en un hospital para pacientes ambulatorios:</u> La cantidad máxima permitida para centros de atención no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.</p> <p>Se necesita autorización previa.</p>

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 o llamar al 1-866-444-3272 para solicitar una copia.

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>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.blueshieldca.com.</p>	<p>Medicamentos genéricos</p>	<p><u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Servicio por correo:</u> 20% de coseguro/receta</p>	<p><u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura</p>	<p><u>Al por menor:</u> Cubre un suministro de hasta 30 días.</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> En farmacias especificadas o de UC selectas. Cubre un suministro de hasta 90 días.</p> <p><u>Servicio por correo:</u> Cubre un suministro de hasta 90 días.</p> <p>Para determinados medicamentos del formulario y no pertenecientes al formulario, se necesita autorización previa.</p>
	<p>Medicamentos de marca del formulario</p>	<p><u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Servicio por correo:</u> 20% de coseguro/receta</p>	<p><u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura</p>	
	<p>Medicamentos de marca no pertenecientes al formulario</p>	<p><u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Servicio por correo:</u> 20% de coseguro/receta</p>	<p><u>Al por menor:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Programa de medicamentos de mantenimiento de UC:</u> 20% de coseguro/receta</p> <p><u>Servicio por correo:</u> Sin cobertura</p>	

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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	20% de coseguro/receta	Sin cobertura	Los medicamentos especializados se limitan a una cantidad que no debe superar el suministro de 30 días; no obstante, las recetas iniciales para los medicamentos especializados selectos pueden limitarse a una cantidad que no supere el suministro de 15 días. En tales situaciones, el medicamento especializado correspondiente se calculará proporcionalmente en función de la cantidad de días de suministro. En el caso de los medicamentos orales para tratar el cáncer, corresponde un 20% de coseguro/receta, hasta un desembolso máximo de \$200 por receta. Se necesita autorización previa.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	20% de coseguro	20% de coseguro	La cantidad máxima permitida para centros de atención no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	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.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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 urgente	20% de coseguro en centro de atención urgente independiente	20% de coseguro en centro de atención urgente independiente	-----Ninguna-----
En caso de hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	20% de coseguro	20% de coseguro	La cantidad máxima permitida para centros de atención no participantes es de \$600 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$600 por día, más todos los cargos que excedan los \$600. Se necesita autorización previa. Se aplica una multa de \$250 a los ingresos fuera de la red por omitir la autorización previa del tratamiento.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	20% 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> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro</p>	<p><u>Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro</p>	<p><u>Servicios de salud mental de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Los servicios incluyen visitas al consultorio del profesional/médico.</p> <p><u>Servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> Los servicios incluyen terapia electroconvulsiva, programas intensivos para pacientes ambulatorios, programas de hospitalización parcial y estimulación magnética transcraneal. Se necesita autorización previa para los servicios de salud mental que no son de rutina para pacientes ambulatorios.</p>

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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 de salud mental/conductual para pacientes internados</p>	<p><u>Servicios hospitalarios de salud mental para pacientes internados:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios residenciales de salud mental:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios de salud mental para pacientes internados brindados por un médico:</u> 20% de coseguro</p>	<p><u>Servicios hospitalarios de salud mental para pacientes internados:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios residenciales de salud mental:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios de salud mental para pacientes internados brindados por un médico:</u> 20% de coseguro</p>	<p>La cantidad máxima permitida para centros de atención no participantes es de \$600 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$600 por día, más todos los cargos que excedan los \$600. Se necesita autorización previa.</p> <p>Se aplica una multa de \$250 a los ingresos fuera de la red por omitir la autorización previa del tratamiento.</p>
	<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> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro</p>	<p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios:</u> 20% 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.</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.</p> <p>Se necesita autorización previa para los servicios por abuso de sustancias adictivas que no son de rutina para pacientes ambulatorios.</p>

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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	<p><u>Servicios hospitalarios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios residenciales por abuso de sustancias adictivas:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un médico:</u> 20% de coseguro</p>	<p><u>Servicios hospitalarios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios residenciales por abuso de sustancias adictivas:</u> 20% de coseguro</p> <p><u>Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados brindados por un médico:</u> 20% de coseguro</p>	La cantidad máxima permitida para centros de atención no participantes es de \$600 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$600 por día, más todos los cargos que excedan los \$600. Se necesita autorización previa. Se aplica una multa de \$250 a los ingresos fuera de la red por omitir la autorización previa del tratamiento.
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	20% de coseguro	20% de coseguro	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para las pacientes internadas	20% de coseguro	20% de coseguro	La cantidad máxima permitida para centros de atención no participantes es de \$600 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$600 por día, más todos los cargos que excedan los \$600. Se necesita autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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 costo compartido de proveedor participante correspondiente al miembro. 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> 20% de coseguro <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> La cantidad máxima permitida para proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.
	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> 20% de coseguro <u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> 20% de coseguro	<u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u> La cantidad máxima permitida para proveedores no participantes es de \$350 por día. Los miembros son responsables del 20% de estos \$350 por día, más todos los cargos que excedan los \$350.
	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 la unidad de enfermería especializada de un hospital. Se necesita autorización previa. Se aplica una multa de \$250 a los ingresos fuera de la red por omitir la autorización previa del tratamiento.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	Se necesita autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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	20% de coseguro	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).
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	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.

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
- Atención a largo plazo
- Programas para la pérdida de peso
- Atención dental (adultos/niños)
- Servicio de enfermería privado (a menos que esté inscrito en un programa de cuidados para pacientes terminales participante)
- Audífonos
- Atención de la vista de rutina (adultos/niños)
- Tratamiento para la esterilidad
- Atención de los pies de rutina (a menos que sea para el tratamiento de la diabetes)

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)
- Quiropráctica (cobertura limitada a 24 visitas por año civil, combinadas con los servicios de acupuntura)
- Cirugía bariátrica (Se necesita autorización previa. La omisión de la autorización previa puede generar la falta de pago de beneficios).
- Atención sin carácter de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos

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, 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 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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 1-855-201-8375 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.

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 por correo electrónico a helpline@dmhc.ca.gov, o bien 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, 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 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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** \$3,530
- **El paciente paga** \$4,020

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:

Deducible	\$3,000
Copagos	\$860
Límites o exclusiones	\$160
Total	\$4,020

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

- **Tarifa de los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$1,870
- **El paciente paga** \$3,530

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	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$450
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$3,530

Preguntas: Llame al 1-855-201-8375 o visítenos en 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 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.

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.