

Beneficios adicionales para tratar la esterilidad

Documento adjunto al Resumen de Beneficios (Matriz de Cobertura y Beneficios Uniformes)

Blue Shield of California

Para los siguientes planes PPO y planes HDHP compatibles una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés):

| | |
|----------------------------------|--|
| Bronze Full PPO 4500/70 OffEx | Bronze Full PPO Savings 5300/40% OffEx |
| Bronze Tandem PPO 4500/70 OffEx | Bronze Full PPO Savings 6650 OffEx |
| Bronze Full PPO 6000/65 OffEx | Silver Full PPO Savings 2000/20% OffEx |
| Gold Full PPO 0/20 OffEx | Silver Tandem PPO Savings 2000/20% OffEx |
| Gold Full PPO 1200/35 OffEx | Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/75 + Child Dental |
| Gold Full PPO 500/30 OffEx | Blue Shield Gold 80 PPO 0/30 + Child Dental |
| Gold Full PPO 750/30 OffEx | Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental |
| Gold Tandem PPO 750/30 OffEx | Blue Shield Silver 70 PPO 2000/45 + Child Dental |
| Platinum Full PPO 0/10 OffEx | |
| Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx | |
| Platinum Full PPO 250/15 OffEx | |
| Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx | |
| Silver Full PPO 1700/55 OffEx | |
| Silver Tandem PPO 1700/55 OffEx | |
| Silver Full PPO 2000/45 OffEx | |
| Silver Tandem PPO 2000/45 OffEx | |
| Bronze Full PPO 6500/50% OffEx | |
| Bronze Tandem PPO 6500/50% OffEx | |

Cómo funciona el plan

Su plan de salud incluye beneficios para tratar la esterilidad, además de los que aparecen en el Resumen de Beneficios (Matriz de Cobertura y Beneficios Uniformes¹). La cobertura incluye servicios autorizados de profesionales, de hospitales y de centros quirúrgicos ambulatorios, servicios auxiliares autorizados, así como medicamentos autoadministrables para tratar la esterilidad y medicamentos inyectables administrados o recetados por el proveedor durante un ciclo de tratamiento para asistir la fecundación².

Detalles de la cobertura

Tal como se muestra, los siguientes procedimientos están limitados de por vida.

- Seis (6) inseminaciones artificiales naturales (sin estimulación del óvulo [ovocito o tejido ovárico {huevo}]).
- Tres (3) inseminaciones artificiales estimuladas (con estimulación del óvulo [ovocito o tejido ovárico]).
- Una (1) transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés).
- Criopreservación de espermatozoides/ovocitos/embriones cuando se le extraen a un miembro. Los beneficios incluyen servicios de criopreservación si hay un problema de salud que el médico del paciente prevé que causará esterilidad en el futuro (excepto cuando la condición de estéril sea el resultado de procedimientos de esterilización químicos o quirúrgicos optativos). Los beneficios están limitados a una extracción y a un año de conservación por persona, por única vez.
- SE EXCLUYEN: Servicios como la fecundación *in vitro* (IVF, por sus siglas en inglés), la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés).

Además, todos los beneficios están sujetos a un copago, según se muestra a continuación:

| Planes de salud | Copago |
|--|------------------------------|
| Bronze Full PPO 4500/70 OffEx Bronze Tandem PPO 4500/70 OffEx Bronze Full PPO 6000/65 OffEx Gold Full PPO 0/20 OffEx Gold Full PPO 1200/35 OffEx Gold Full PPO 500/30 OffEx Gold Full PPO 750/30 OffEx Gold Tandem PPO 750/30 OffEx Platinum Full PPO 0/10 OffEx Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx Platinum Full PPO 250/15 OffEx Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx Silver Full PPO 1700/55 OffEx Silver Tandem PPO 1700/55 OffEx Silver Full PPO 2000/45 OffEx Silver Tandem PPO 2000/45 OffEx Bronze Full PPO 6500/50% OffEx Bronze Tandem PPO 6500/50% OffEx | 50% de la cantidad permitida |
| Bronze Full PPO Savings 5300/40% OffEx Bronze Full PPO Savings 6650 OffEx Silver Full PPO Savings 2000/20% OffEx Silver Tandem PPO Savings 2000/20% OffEx | |
| Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/75 + Child Dental Blue Shield Gold 80 PPO 0/30 + Child Dental Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental Blue Shield Silver 70 PPO 2000/45 + Child Dental | |

1. Estos servicios están cubiertos únicamente cuando el grupo agrega "Beneficios adicionales de Blue Shield para tratar la esterilidad" al plan.
2. Estos servicios están cubiertos únicamente cuando los autoriza Blue Shield y cuando los brinda un proveedor preferido. Los procedimientos deben respetar la práctica médica establecida para el tratamiento de la esterilidad y la fecundación asistida.

Este documento es solo un resumen de los Beneficios de Blue Shield para tratar la esterilidad. No es un contrato. Lea la *Evidencia de Cobertura* y el contrato del plan para conocer los términos y las condiciones exactos de la cobertura, incluidas las exclusiones y limitaciones.