

**Cláusula adicional de Beneficios extra de Tecnología de Reproducción Asistida: 95%**  
**Resumen de Beneficios**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Beneficio de servicios por Esterilidad de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Beneficios	Su Pago	
	Quando se usan Proveedores Participantes	Quando se usan Proveedores No Participantes
<b>Servicios por Esterilidad</b> <i>Los servicios no están sujetos al Deducible Médico por Año Calendario ni cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.</i>	5% de la cantidad permitida	Sin cobertura

**Procedimientos de Tecnología de Reproducción Asistida (ART, por sus siglas en inglés) y Servicios Relacionados**

**Beneficios Máximos Durante la Membresía**

<b>Inseminaciones artificiales naturales</b> <i>Sin estimulación del óvulo (ovocito o tejido ovárico [huevo])</i>	6 durante la membresía
<b>Inseminaciones artificiales estimuladas</b> <i>Con estimulación del óvulo (ovocito o tejido ovárico)</i>	3 durante la membresía
<b>Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés)</b>	2 durante la membresía
<b>Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés)</b>	3 durante la membresía
<b>Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)</b>	3 durante la membresía
<b>Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés)</b>	3 durante la membresía
<b>Criopreservación de embriones, ovocitos, tejido ovárico o espermatozoides</b> <i>Extraídos de un Suscriptor o un cónyuge o Pareja Conviviente. Incluye una extracción y tres años de conservación por persona.</i>	1 durante la membresía

## Beneficio Máximo Durante la Membresía

---

Los Beneficios máximos Durante la Membresía para los procedimientos descritos anteriormente se aplican a todos los servicios relacionados con esos procedimientos o hechos junto con ellos; por esa razón, una vez que se ha llegado a los máximos correspondientes, no se cubrirá ningún servicio relacionado con esos procedimientos ni hecho junto con ellos.

Los Planes de beneficios pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los Requisitos Estatales y Federales.

## Introducción

---

Con este Beneficio de Servicios por Esterilidad, solamente el Suscriptor o el cónyuge o Pareja Conviviente tienen derecho a obtener acceso a Beneficios. Los Servicios Cubiertos por Esterilidad incluyen todos los servicios de profesionales, Hospitales, Centros Quirúrgicos Ambulatorios y auxiliares, así como los medicamentos inyectables administrados por un Proveedor Participante, que reciba un Suscriptor o un cónyuge o Pareja Conviviente para la fecundación asistida, según se describe en este documento.

A los fines de este Beneficio, la Esterilidad es:

- un problema de salud comprobado que un médico y un cirujano autorizados reconocen como la causa de la esterilidad; o
- la imposibilidad de concebir o de llevar adelante un embarazo hasta el nacimiento con vida del bebé, después de un año de relaciones sexuales periódicas sin anticoncepción.

## Beneficios

---

Se brindan Beneficios para procedimientos de Tecnología de Reproducción Asistida (ART) y análisis de diagnóstico que sean médicamente apropiados para un Suscriptor o un cónyuge o Pareja Conviviente que tienen un diagnóstico de Esterilidad actual.

El Suscriptor o el cónyuge o Pareja Conviviente son responsables del Copago o el Coseguro que corresponde a todos los servicios de profesionales, Hospitales, Centros Quirúrgicos Ambulatorios y auxiliares que se usen en relación con cualquier procedimiento cubierto por este Beneficio, así como a los medicamentos inyectables administrados por el Proveedor Participante para la fecundación asistida. Si su Empleador eligió la Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios como un Beneficio opcional, los Medicamentos autoadministrados recetados para la fecundación asistida están cubiertos de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento. Los procedimientos deben respetar la práctica médica establecida para el tratamiento de la Esterilidad y contar con la autorización de Blue Shield Life.

No se brindan Beneficios para los servicios recibidos de Proveedores No Participantes.

El Deducible Médico por Año Calendario no se aplica a estos Servicios Cubiertos; y el Costo Compartido para estos Servicios Cubiertos no se aplica para la responsabilidad de los Gastos de Bolsillo Máximos.

## Exclusiones

---

No se brindan Beneficios para:

- servicios brindados por Proveedores No Participantes;
- Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios recetados para ser autoadministrados, si su Empleador no eligió la Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios;
- servicios para la disfunción sexual y la insuficiencia sexual, o inherentes a ellas, excepto que sea para el tratamiento de problemas de salud orgánicos, en cuyo caso los Servicios Cubiertos se brindan únicamente conforme a la sección sobre Beneficios médicos del Certificado de Seguro (COI, por sus siglas en inglés);
- servicios que surgen de procedimientos para una madre subrogada o que son inherentes a ellos. Sin embargo, si la madre subrogada está inscrita en un Plan de salud de Blue Shield Life, los Servicios Cubiertos para la atención por embarazo y maternidad para la madre subrogada estarán cubiertos por dicho Plan de salud;
- servicios para la recolección, la compra o la conservación de embriones, ovocitos, tejido ovárico o espermatozoides de donantes, a menos que sean del Suscriptor o el cónyuge o Pareja Conviviente, que, con este Beneficio de Servicios por Esterilidad, tienen derecho a obtener acceso a Beneficios;

- criopreservación de embriones, ovocitos, tejido ovárico o espermatozoides de donantes, a menos que sean del Miembro, que, con este Beneficio de Servicios por Esterilidad, tiene derecho a obtener acceso a Beneficios;
- kits para predecir la ovulación que se utilizan en el hogar o pruebas de embarazo que se hacen en el hogar;
- aspiración microquirúrgica de espermatozoides del epidídimo (MESA, por sus siglas en inglés), aspiración percutánea de espermatozoides del epidídimo (PESA, por sus siglas en inglés) y aspiración de espermatozoides del testículo (TESA, por sus siglas en inglés) si el Miembro se hizo previamente una vasectomía;
- reversión de procedimientos de esterilización quirúrgica y servicios relacionados;
- todo servicio que no se incluya específicamente como un Servicio Cubierto más arriba; o
- Servicios Cubiertos que sean mayores que los Beneficios máximos durante la membresía.

Los Beneficios están limitados a Suscriptores o cónyuges o Parejas Convivientes que tengan un diagnóstico de Esterilidad, tal como se define, en el momento en que se brindan los servicios.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su COI para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Insurance (Departamento de Seguros) de California y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Asegúrese de guardar este documento. No es un contrato, pero forma parte de su COI.

# Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

## Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

### La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield Life:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield Life.

Si cree que Blue Shield Life no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

**Blue Shield of California Life & Health Insurance Company Civil Rights Coordinator**  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

**Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)**

**Fax: (844) 696-6070**

**Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com**

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede comunicarse con el California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California) si cree que Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Además, puede hacer un reclamo en:

California Department of Insurance  
Consumer Communications Bureau  
300 S. Spring Street, South Tower  
Los Angeles, CA 90013

Teléfono: 1-800-927-HELP (4357) or TDD 1-800-482-4833

Los formularios de quejas están disponibles en **[www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help](http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help)**

Si cree que no le han dado estos servicios o que lo han discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Անվճար Լեզվական Ծառայություններ:** Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

**خدمات مجانی مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាភូតគីតថ្លៃ ៤** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمة بدون تكلفة.** يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic .

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

**Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólóq̄doo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnít nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodiílnih. Hózhó shíká aná'a'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodiílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian