
 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. **NOTA: Se entregará por separado información sobre el costo de este plan (llamado “prima”). Este documento es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o conseguir una copia de los términos de cobertura completos, visite bsca.com/policies/W0071171-M0023365EOC_COI202007.pdf o llame al 1-855-599-2657. Para ver una definición general de las palabras usadas con frecuencia, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otras palabras subrayadas, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-866-444-3272 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0 por persona para <u>proveedores participantes de HMO</u> (Nivel I). \$0 por persona/\$0 por familia para <u>proveedores participantes</u> (Nivel II).	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad de <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagarlos. Si tiene otros familiares incluidos en el plan, cada uno tiene que alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el total de gastos de <u>deducible</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y otros servicios que están incluidos en los términos de cobertura completos.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque todavía no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que tenga que pagar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	\$1,500 por persona/\$3,000 por familia para <u>proveedores participantes de HMO</u> (Nivel I). \$8,000 por persona/\$16,000 por familia para <u>proveedores participantes</u> (Nivel II).	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares incluidos en este plan, tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Los <u>copagos</u> para ciertos servicios, las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> y la atención de la salud que no cubra este plan.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor participante</u> ?	Sí. Para ver una lista de <u>proveedores participantes</u> , visite blueshieldca.com/fap o llame al 1-855-599-2657.	Este plan usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red del plan</u> . Sin embargo, pagará la cantidad máxima si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> ; además, un <u>proveedor</u> podría enviarle una factura por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su plan (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios.

		(como los análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará una parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos en la consulta con un <u>especialista</u> , pero solo si usted tiene una <u>referencia</u> antes de la consulta con el <u>especialista</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que están en este cuadro son después de que haya alcanzado su deducible (si es que hay un deducible).

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención de la salud	Visita de <u>atención primaria</u> para tratar una lesión o enfermedad	\$10/visita	\$30/visita	-----Ninguna-----
	Visita a un <u>especialista</u>	\$10/visita	\$30/visita	
	<u>Atención preventiva/ pruebas de detección/ inmunizaciones</u>	Sin cargo	\$30/visita	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Después averigüe qué pagará su <u>plan</u> .

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	<i>Análisis de laboratorio y patología:</i> Sin cargo <i>Radiografías y diagnóstico por imágenes:</i> Sin cargo <i>Otros exámenes de diagnóstico:</i> Sin cargo	<i>Análisis de laboratorio y patología:</i> Sin cargo <i>Radiografías y diagnóstico por imágenes:</i> Sin cargo <i>Otros exámenes de diagnóstico:</i> Sin cargo	Los servicios mencionados se brindan en un centro independiente. Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética)	<i>Centro de radiología para pacientes ambulatorios:</i> Sin cargo <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cargo	<i>Centro de radiología para pacientes ambulatorios:</i> Sin cobertura <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o problema de salud Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en blueshieldca.com/formulary	Nivel 1	<i>Al por menor:</i> \$5/receta <i>Servicio por correo:</i> \$10/receta	<i>Al por menor:</i> Sin cobertura <i>Servicio por correo:</i> Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> para ciertos medicamentos. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. <i>Al por menor:</i> Cubre un suministro de hasta 30 días. <i>Servicio por correo:</i> Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Nivel 2	<i>Al por menor:</i> \$10/receta <i>Servicio por correo:</i> \$20/receta	<i>Al por menor:</i> Sin cobertura <i>Servicio por correo:</i> Sin cobertura	
	Nivel 3	<i>Al por menor:</i> \$25/receta <i>Servicio por correo:</i> \$50/receta	<i>Al por menor:</i> Sin cobertura <i>Servicio por correo:</i> Sin cobertura	
	Nivel 4	<i>Farmacias especializadas de la red y al por menor:</i> \$10/receta <i>Servicio por correo:</i> \$20/receta	<i>Al por menor:</i> Sin cobertura <i>Servicio por correo:</i> Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. <i>Farmacias especializadas de la red y al por menor:</i> Cubre un suministro de hasta 30 días. Los medicamentos especializados deben comprarse en una farmacia especializada de la red. <i>Servicio por correo:</i> Cubre un suministro de hasta 90 días.
Si le tienen que hacer una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<i>Centro quirúrgico ambulatorio:</i> Sin cargo <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cargo	<i>Centro quirúrgico ambulatorio:</i> Sin cobertura <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.
 APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Tarifa del centro de atención: \$50/visita Tarifa del médico: Sin cargo	Tarifa del centro de atención: \$50/visita Tarifa del médico: Sin cargo	-----Ninguna-----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.
	<u>Atención urgente</u>	\$10/visita	\$10/visita	-----Ninguna-----
En caso de hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias adictivas	Servicios para pacientes ambulatorios	<i>Visita al consultorio:</i> \$10/visita <i>Servicios para pacientes ambulatorios:</i> Sin cargo <i>Hospitalización parcial:</i> Sin cargo <i>Pruebas psicológicas:</i> Sin cargo	<i>Visita al consultorio:</i> \$10/visita <i>Servicios para pacientes ambulatorios:</i> Sin cobertura <i>Hospitalización parcial:</i> Sin cobertura <i>Pruebas psicológicas:</i> Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> , menos para las visitas al consultorio. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	Servicios para pacientes internados	<i>Servicios para pacientes internados brindados por un médico:</i> Sin cargo <i>Servicios hospitalarios:</i> Sin cargo <i>Atención en una residencia:</i> Sin cargo	<i>Servicios para pacientes internados brindados por un médico:</i> Sin cobertura <i>Servicios hospitalarios:</i> Sin cobertura <i>Atención en una residencia:</i> Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de un centro de atención para el nacimiento/parto	Sin cargo	Sin cobertura	

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.
 APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales	<u>Atención de la salud en el hogar</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<i>Visita al consultorio:</i> \$10/visita <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cargo	<i>Visita al consultorio:</i> \$30/visita <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cobertura	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de habilitación</u>	<i>Visita al consultorio:</i> \$10/visita <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cargo	<i>Visita al consultorio:</i> \$30/visita <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<i>Centro de enfermería especializada independiente:</i> Sin cargo <i>Centro de enfermería especializada en un hospital:</i> Sin cargo	<i>Centro de enfermería especializada independiente:</i> Sin cobertura <i>Centro de enfermería especializada en un hospital:</i> Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	<u>Cuidados para pacientes terminales</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> , menos para la consulta previa a los cuidados para pacientes terminales. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel I: <u>Proveedor participante</u>	Nivel II: <u>Proveedor participante</u>	
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise los documentos de su póliza o plan para tener más información y ver una lista de otros servicios excluidos).

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| • Acupuntura | • Atención dental (adultos) | • Atención a largo plazo | • Atención de los pies de rutina |
| • Atención quiropráctica | • Audífonos | • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos | • Programas para la pérdida de peso |
| • Cirugía estética | • Tratamiento para la esterilidad | • Servicio de enfermería privado | |

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Lea el documento de su plan).

- | | |
|----------------------|--|
| • Cirugía bariátrica | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
|----------------------|--|

Sus derechos a seguir con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere seguir con su cobertura después de que termina. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: el teléfono del Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información para el Consumidor y Control de Seguros) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) es 1-877-267-2323 ext. 61565 y la página web es cciio.cms.gov. Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluso la posibilidad de comprar cobertura de seguro individual por medio del mercado de seguros de salud. Para tener más información sobre el mercado, visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama “reclamo” o “apelación”. Para tener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también tienen información completa sobre cómo presentar ante su plan una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier razón. Si quiere recibir más información sobre sus derechos o esta notificación, o si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de Blue Shield al 1-855-836-9705 o a la Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado) del Department of Labor (Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272), o visite dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse 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 escribir a la dirección de correo electrónico helpline@dmhc.ca.gov, o bien visitar <http://www.healthhelp.ca.gov>.

¿Brinda este plan una cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene una cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para la opción de no tener que cumplir con el requisito de contar con cobertura de salud durante ese mes.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para recibir crédito de impuestos para primas para ayudarlo a pagar un plan por medio del mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

English: For assistance in English at no cost, call 1-866-346-7198.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español sin cargo, llame al 1-866-346-7198.

Tagalog (Tagalog): Kung kailanganninyo ang libreng tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-346-7198.

Chinese (中文): 如果需要中文的免费帮助, 请拨打这个号码1-866-346-7198.

Navajo (Dine): Diné k'ehjí doo bąąh ílínígó shíka' at'oowoł nínízingo, kwijí' hodiílnih 1-866-346-7198.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để được hỗ trợ miễn phí tiếng Việt, vui lòng gọi đến số 1-866-346-7198.

Korean (한국어): 한국어도움이 필요하시면, 1-866-346-7198 무료전화 로전화하십시오.

Armenian (Հայերեն): Հայերեն լեզվով անվճար օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել 1-866-346-7198.

Russian (Русский): если нужна бесплатная помощь на русском языке, то позвоните 1-866-346-7198.

Japanese (日本語): 日本語支援が必要な場合1-866-346-7198に電話をかけてください。無料で提供します。

Persian (فارسی): برای دریافت کمک رایگان زبان فارسی، لطفاً با شماره تلفن 1-866-346-7198 تماس بگیرید.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਪੰਜਾਬੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Khmer (ភាសាខ្មែរ): សូមជំនួយភាសាអង់គ្លេសដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទាក់ទងមកលេខ 1-866-346-7198។

Arabic (العربية): .1-866-346-7198 لوصول على المساعدة في اللغة العربية مجاناً، تفضل باتصال على هذا الرقم.

Hmong (Hmoob): Xav tau kev pab dawb lub Hmoob, thov hu rau 1-866-346-7198.

Hindi (हिन्दी): हिन्दी में बिना खर्च के सहायता के लिए, 1-866-346-7198 पर कॉल करें।

Thai (ไทย): สำหรับความช่วยเหลือเป็นภาษาไทยโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโปรดโทร 1-866-346-7198

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາລາວແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາໂທ1-866-346-7198.

—————Para ver cómo este plan podría cubrir costos usando una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.—————

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.
APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Estos ejemplos no son estimadores de costos. Los tratamientos son solo ejemplos de cómo este plan cubriría la atención médica. Los costos que tenga que pagar serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar los costos que pagaría según los distintos planes de salud. Recuerde que estos ejemplos de cobertura son solo para cobertura individual.

Embarazo de Peg

(9 meses de atención prenatal participante y parto en un hospital)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$10
■ Copago de hospital (centro)	\$0
■ Otro copago	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios de un centro de atención para el nacimiento/parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo **\$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Peg	\$80

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina participante para un problema de salud controlado)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$10
■ Copago de hospital (centro)	\$0
■ Otro copago	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluso educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo **\$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$350
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Joe	\$410

Fractura simple de Mía

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento participantes)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$10
■ Copago de hospital (centro)	\$0
■ Otro copago	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluso suministros médicos*)
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo **\$1,900**

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$50
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mía	\$50

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.
 APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

El plan sería responsable de los otros costos relacionados con los servicios cubiertos de este EJEMPLO.