

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Beneficio de servicios por Esterilidad.

Beneficios	Su Pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes	Cuando se usan Proveedores No Participantes
Servicios por Esterilidad	50% de la cantidad permitida	Sin cobertura
<i>Los servicios no están sujetos a ningún Deducible que corresponda ni cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.</i>		

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

Beneficios Máximos Durante la Membresía

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

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 autorizados por el Médico de Atención Primaria, 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 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 del Médico de Atención Primaria.

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:

- procedimientos de ART y servicios relacionados que estén vinculados con la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés);
- procedimientos de ART y servicios relacionados que estén vinculados con la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés);
- procedimientos de ART y servicios relacionados que estén vinculados con la fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés);
- 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 de la Evidencia de Cobertura (EOC, 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 of California, 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 EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

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

Blue Shield of California

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California 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 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 of California:

- 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 of California.

Si cree que Blue Shield of California 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
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 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.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíiniłta'go bííniǰahah? Doo bííniǰahahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóoltaǰígí'í' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingo bíiǰahah. Doo ɓaǰah ílinígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíilnih dóó námbóo éí díí Blue Shield bee nésho'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíilnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐՆԵՎՈՐ Է: Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Օտարալեզուներն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید.
(Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដើរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទក្លាមញ់ទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198.
(Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร
(866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मੈਂबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຮູ້ໄດ້.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໂທໂທເບີ(866) 346-7198. (Laotian)