



Resumen de Beneficios

Self-Insured Schools of California  
Desde el 1 de octubre de 2024  
Plan PPO Savings

ASO 2-Tier MEC \$9000

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este plan de beneficios del Administrador de Reclamaciones. Es solo un resumen y forma parte del Folleto de Beneficios.<sup>1</sup> Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Red de Full PPO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducibles por Año Calendario (CYD)<sup>2</sup>

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan. El Administrador de Reclamaciones paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

Quando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup>

|                                     |                      |                       |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Deducible médico por Año Calendario | Cobertura individual | \$9,000               |
|                                     | Cobertura familiar   | \$9,000: por persona  |
|                                     |                      | \$18,000: por Familia |

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario<sup>5</sup>

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero anual ni durante la membresía en la cantidad que pagará el Administrador de Reclamaciones por los Servicios Cubiertos.

Quando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup>

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| Cobertura individual | \$9,000               |
| Cobertura familiar   | \$9,000: por persona  |
|                      | \$18,000: por Familia |

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                          | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes <sup>4</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Servicios de Salud Preventivos<sup>7</sup></b>                                                                                                                                        |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Servicios de Salud Preventivos                                                                                                                                                           | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| <b>Servicios del médico</b>                                                                                                                                                              |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Visita al consultorio para recibir atención primaria                                                                                                                                     | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Visita al consultorio para recibir atención de un especialista                                                                                                                           | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Visita del médico en el hogar                                                                                                                                                            | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios                                                                                                 | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados                                                                                                   | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| <b>Otros servicios profesionales</b>                                                                                                                                                     |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Visita al consultorio de otro profesional<br><i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos y terapeutas.</i> | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Servicios de acupuntura<br><i>Hasta 12 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>                                                                                                      | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Servicios de quiropráctica<br><i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>                                                                                                   | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| Planificación familiar                                                                                                                                                                   |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Asesoramiento, consultas y educación                                                                                                                                                   | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Anticonceptivo inyectable                                                                                                                                                              | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Colocación del diafragma                                                                                                                                                               | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés)                                                                                                                               | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Colocación y/o retiro del dispositivo intrauterino (IUD)                                                                                                                               | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Anticonceptivo implantable                                                                                                                                                             | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Ligadura de trompas                                                                                                                                                                    | \$0                                                         |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Vasectomía                                                                                                                                                                             | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Diagnóstico y Tratamiento de la Causa de la Esterilidad                                                                                                                                | Sin cobertura                                               |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| Servicios de podología                                                                                                                                                                   | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| <b>Atención por embarazo y maternidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| Servicios del médico para interrumpir el embarazo                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                   | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| Personal de enfermería obstétrica certificado                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                   | ✓                             | \$0                                                      | ✓                             |
| <b>Servicios de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Servicios de la sala de emergencias                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                                   | ✓                             | \$0                                                      | ✓                             |
| <i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i> |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Servicios del Médico en la sala de emergencias                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                   | ✓                             | \$0                                                      | ✓                             |
| <b>Servicios de un centro de atención urgente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| <b>Servicios de ambulancia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                   | ✓                             | \$0                                                      | ✓                             |
| <i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                               |                                                          |                               |
| <b>Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Centro Quirúrgico Ambulatorio                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                   | ✓                             | Todos los cargos mayores de \$350                        | ✓                             |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                   | ✓                             | Todos los cargos mayores de \$350                        | ✓                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                   |                               |                                                          |                               |
| Artroscopia <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sujeto a un Beneficio máximo de \$4,500/procedimiento | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                   |                               |                                                          |                               |
| Cirugía de catarata <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/procedimiento | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes <sup>4</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios                                                                                                                                                  | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| <b>Servicios de un centro de atención para pacientes internados</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Servicios hospitalarios y estadía en un hospital                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                         | ✓                                      | Todos los cargos mayores de \$600                              | ✓                                      |
| Servicios de trasplante                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i> |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales                                                                                                                                                                                                                           | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Servicios para pacientes internados por parte de un médico                                                                                                                                                                                                                                           | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes <sup>4</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Beneficio de viaje por trasplante: El pago máximo no será mayor de \$10,000 por trasplante (no durante la membresía). Transporte terrestre de ida y de vuelta al Centro de Excelencia (COE, por sus siglas en inglés) cuando el COE designado esté a 75 millas (120 km) o más del lugar donde vive el receptor o el donante. Transporte aéreo de ida y de vuelta al COE en clase económica cuando el COE designado esté a 300 millas (480 km) o más del lugar donde vive el receptor o el donante.                                                                                                                                                                                                                                                                            | Todos los cargos mayores de \$10,000/trasplante             |                                        | Sin cobertura                                                  |                                        |
| <b>Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.</i> |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Servicios de un centro de atención para pacientes internados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| Servicios del médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes <sup>4</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>                                                                                     |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <b>Servicios de laboratorio y patología</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Centro de laboratorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| <b>Servicios de imágenes básicas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| <b>Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| <i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i> |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>        | Se aplica el CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Servicios de imágenes avanzadas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                               |                                                          |                               |
| <i>Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i> |                                                              |                               |                                                          |                               |
| • Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0                                                          | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                          | ✓                             | 50 %<br>Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día        | ✓                             |
| Colonoscopia <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0<br>Sujeto a un Beneficio máximo de \$1,500/procedimiento | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| <b>Servicios de Endoscopia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |                               |                                                          |                               |
| Endoscopia gastrointestinal (GI) superior <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0<br>Sujeto a un Beneficio máximo de \$1,000/procedimiento | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| Endoscopia GI superior con biopsia <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0<br>Sujeto a un Beneficio máximo de \$1,250/procedimiento | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| <b>Servicios de Rehabilitación y Habilitación</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |                               |                                                          |                               |
| <i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</i>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |                               |                                                          |                               |
| Consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                          | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                          | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| <b>Servicios de Terapia del Habla</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |                               |                                                          |                               |
| Consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                          | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                          | ✓                             | 50 %<br>Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día        | ✓                             |

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup> | Se aplica el CYD <sup>2</sup> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                               |                                                          |                               |
| DME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                   | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| Sacaleches                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0                                                   |                               | Sin cobertura                                            |                               |
| Medidor de glucemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0                                                   |                               | Sin cobertura                                            |                               |
| Medidor de flujo máximo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0                                                   |                               | Sin cobertura                                            |                               |
| Dispositivos y equipos ortóticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                   | ✓                             | Sin cobertura                                            |                               |
| <i>Hasta 2 pares de calzado y 2 plantillas para calzado terapéutico por Año Calendario.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Dispositivos y equipos protésicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| <b>Servicios de atención de la salud en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| <i>Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.</i> |                                                       |                               |                                                          |                               |
| <b>Servicios de infusión y de inyección en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Servicios de una agencia de infusión en el hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |                               |                                                          |                               |
| Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0                                                   | ✓                             | 50 %                                                     | ✓                             |
| <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                               |                                                          |                               |
| <b>Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                               |                                                          |                               |
| <i>Hasta 150 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i>                                                                                                                                         |                                                       |                               |                                                          |                               |
| SNF independiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                   | ✓                             | \$0                                                      | ✓                             |



## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

|                                                                                                          | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes <sup>4</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| SNF en un hospital                                                                                       | \$0                                                         | ✓                                      | Todos los cargos<br>mayores de \$600                           | ✓                                      |
| <b>Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales</b>                                      |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales                                                  | \$0                                                         |                                        | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Atención de rutina en el hogar                                                                           | \$0                                                         |                                        | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Atención continua las 24 horas en el hogar                                                               | \$0                                                         |                                        | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas                  | \$0                                                         |                                        | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Atención de relevo para pacientes internados                                                             | \$0                                                         |                                        | 50 %                                                           | ✓                                      |
| <b>Otros servicios y suministros</b>                                                                     |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| Servicios de atención de la diabetes                                                                     |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Dispositivos, equipos y suministros                                                                    | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes                                                       | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| • Tratamiento médico de nutrición                                                                        | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Servicios de diálisis                                                                                    | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %<br>Sujeto a un<br>Beneficio<br>máximo de<br>\$350/día     | ✓                                      |
| Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)      | \$0                                                         | ✓                                      | Sin cobertura                                                  |                                        |
| Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio                                          | \$0                                                         | ✓                                      | 50 %                                                           | ✓                                      |
| Servicios para audífonos                                                                                 |                                                             |                                        |                                                                |                                        |
| • Audífonos y equipos<br><i>Hasta un máximo combinado de \$700 por Miembro, por período de 24 meses.</i> | \$0                                                         | ✓                                      | \$0                                                            | ✓                                      |
| • Evaluaciones audiológicas                                                                              | \$0                                                         |                                        | 50 %                                                           | ✓                                      |

## Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

## Su pago

|                                                                                           | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes o<br>Proveedores<br>Participantes del<br>MHSA <sup>3</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes o<br>Proveedores No<br>Participantes del<br>MHSA <sup>4,9</sup> | Se<br>aplica<br>el<br>CYD <sup>2</sup> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>                                              |                                                                                                           |                                        |                                                                                                                   |                                        |
| Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico                           | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| Atención intensiva para pacientes ambulatorios                                            | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| Tratamiento de Salud Conductual en el consultorio                                         | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| Tratamiento de Salud Conductual en el hogar o en otro centro de atención no institucional | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| Tratamiento con opioides en el consultorio                                                | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| Programa de Hospitalización Parcial                                                       | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %<br>Sujeto a un<br>Beneficio máximo<br>de \$350/día                                                           | ✓                                      |
| Pruebas psicológicas                                                                      | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| <b>Servicios para pacientes internados</b>                                                |                                                                                                           |                                        |                                                                                                                   |                                        |
| Servicios para pacientes internados por parte de un médico                                | \$0                                                                                                       | ✓                                      | 50 %                                                                                                              | ✓                                      |
| Servicios hospitalarios                                                                   | \$0                                                                                                       | ✓                                      | Todos los cargos<br>mayores de \$600                                                                              | ✓                                      |
| Atención en una residencia                                                                | \$0                                                                                                       | ✓                                      | Todos los cargos<br>mayores de \$600                                                                              | ✓                                      |

## Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de imágenes avanzadas
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio y el tratamiento con opioides en el consultorio
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados

Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

### 1 Folleto de Beneficios:

El Folleto de Beneficios describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del Folleto de Beneficios en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el Folleto de Beneficios. Consulte el Folleto de Beneficios para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

---

### 2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible médico por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores Participantes son pagados por el Administrador de Reclamaciones antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

Este Plan de beneficios tiene Deducibles por Año Calendario combinados para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes.

La cobertura familiar tiene un Deducible individual dentro del Deducible Familiar. Esto significa que llegará al Deducible toda persona con cobertura Familiar que llegue al Deducible individual antes de que la Familia llegue al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario. Una vez que se llegue al Deducible individual o al Deducible Familiar, se aplica el costo compartido hasta que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos.

---

### 3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
  - Los cargos que sean mayores que el Beneficio máximo especificado no están cubiertos ni cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor.
- 

### 4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.
- Para algunos Beneficios de Proveedores No Participantes, se aplica la Cantidad Permitida que está en el cuadro de Beneficios, que es una cantidad de dinero (\$) específica. Usted es responsable de todos los cargos

que sean mayores que la Cantidad Permitida, independientemente de que se incluya o no una cantidad en el cuadro de Beneficios.

---

### 5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, el Administrador de Reclamaciones pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico o de farmacias por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan de beneficios tiene OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes. Sin embargo, solo los siguientes servicios de Proveedores No Participantes se acumularán para los OOPM combinados:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de emergencia
- Personal de enfermería obstétrica certificado
- Servicios de un centro de enfermería especializada independiente
- Audífonos y equipos

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario.

---

### 6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que hacer un pago por visita al consultorio, además de un pago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

---

### 7 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

---

### 8 Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios

Los servicios y suministros necesarios para las siguientes cirugías para Pacientes Ambulatorios están sujetos a un Beneficio máximo si se brindan en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: artroscopia, cirugía de catarata, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. No se aplica el Beneficio máximo cuando esos mismos servicios se brindan en un Centro Quirúrgico Ambulatorio participante.

---

### 9 Servicios de Proveedores No Preferidos, No Participantes o No Participantes del MHSA:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

Usted es responsable de todos los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida. Sin embargo, si el Proveedor No Preferido, No Participante o No Participante del MHSA es un Médico que trabaja en un Hospital y que brinda Servicios en un centro de atención (dentro de la red) para Proveedores Participantes o Proveedores Participantes del MHSA; o si los servicios de laboratorio fuera de la red son brindados por un proveedor (participante) dentro de la red,

pero enviados a un proveedor no participante para su procesamiento, el pago del Administrador de Reclamaciones se hará al nivel de copago correspondiente a Proveedores Participantes.

Referencias autorizadas para Servicios de Proveedores No Preferidos, No Participantes o No Participantes del MHSA:

En algunos casos, es posible que el Administrador de Reclamaciones autorice las cantidades de costo compartido correspondientes a proveedores participantes (Deducibles o Copagos, si corresponde) para aplicarlas a una reclamación por un servicio cubierto que usted reciba de un proveedor no participante. En ese caso, usted o su médico deben comunicarse con el Administrador de Reclamaciones antes de recibir el servicio cubierto. Es su responsabilidad asegurarse de que exista esa comunicación. Si el Administrador de Reclamaciones autoriza una cantidad de costo compartido correspondiente a proveedores participantes para aplicarla a un servicio cubierto recibido de un proveedor no participante, es posible que usted siga siendo responsable de la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el cargo correspondiente al proveedor no participante. Llame al número de teléfono de servicio al cliente que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener información sobre las referencias autorizadas o para pedir autorización.

Se produce una referencia autorizada cuando usted es referido a un proveedor no participante por sus necesidades médicas, pero solo cuando:

- a. No hay un proveedor participante que se dedique a la especialidad correspondiente, que brinde los servicios que se necesitan o que tenga los centros de atención necesarios dentro de un radio de 50 millas (80 km) del lugar donde usted vive;
  - b. El médico, que es un proveedor participante, lo refiere por escrito al proveedor no participante; y
  - c. El Administrador de Reclamaciones ha autorizado la referencia antes de que se brinden los servicios. Usted o su médico deben llamar al número de teléfono gratis que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación antes de programar una admisión o recibir los servicios de un proveedor no participante. Esas referencias autorizadas no están disponibles para los servicios de trasplante y de cirugía bariátrica. Esos servicios solo están cubiertos cuando se brindan en un COE.
- 

Los planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Federales.

Pb041624