

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services



County of Orange Wellwise Choice

Coverage Period: 1/1/27 - 12/31/27

Coverage for: Individual + Family | Plan Type: PPO



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.**

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit blueshieldca.com/oc or call 1-888-235-1767. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-866-444-3272 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <u>deductible</u>?	\$500 per individual / \$1,000 per family for <u>participating providers</u> ; \$750 per individual / \$1,500 per family for <u>non-participating providers</u> .	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u>?	Yes. <u>Preventive care</u> and services listed in your complete terms of coverage.	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost-sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u>?	Medical: \$2,500 per individual / \$5,000 per family for <u>participating providers</u> ; \$5,000 per individual / \$10,000 per family for <u>non-participating providers</u> . Prescription Drug: \$4,100 per individual / \$8,200 per family.	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u>?	<u>Medical</u> : <u>Coinsurance</u> for certain services, <u>premiums</u> , <u>balance-billing</u> charges, health care this <u>plan</u> doesn't cover, and penalties for failure to obtain pre-admission review for non-emergency hospitalization. <u>Prescription Drug</u> : See Prescription Drug section for limitations, exceptions, and other important information.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .

Important Questions	Answers	Why This Matters:
Will you pay less if you use a <u>network provider</u> ?	Yes. See blueshieldca.com/oc or call 1-888-235-1767 for a list of <u>network providers</u> .	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's</u> network (Participating Provider). You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> (Non-Participating Provider), and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware, your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .

 All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
Common Medical Event	Services You May Need	<u>Participating Provider</u> (You will pay the least)	<u>Non-Participating Provider</u> (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you visit a health care <u>provider's</u> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you visit a health care <u>provider's</u> office or clinic	<u>Specialist</u> visit	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you visit a health care <u>provider's</u> office or clinic	<u>Preventive care/screening</u> /immunization	No Charge; <u>deductible</u> does not apply	No Charge; <u>deductible</u> does not apply	You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask your <u>provider</u> if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	<u>Lab & Path</u> : 10% <u>coinsurance</u> <u>X-Ray & Imaging</u> : 10% <u>coinsurance</u> <u>Other Diagnostic Examination</u> : 10% <u>coinsurance</u>	<u>Lab & Path</u> : 30% <u>coinsurance</u> <u>X-Ray & Imaging</u> : 30% <u>coinsurance</u> <u>Other Diagnostic Examination</u> : 30% <u>coinsurance</u>	The services listed are at a freestanding location.
If you have a test	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	<u>Outpatient Radiology Center</u> : 10% <u>coinsurance</u> <u>Outpatient Hospital</u> : 10% <u>coinsurance</u>	<u>Outpatient Radiology Center</u> : 30% <u>coinsurance</u> <u>Outpatient Hospital</u> : 30% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> is required for non-emergency Imaging (CT/PET scans, MRIs, etc.) within California. Failure to obtain <u>preauthorization</u> may result in non-payment of benefits.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
Common Medical Event	Services You May Need	Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you need drugs to treat your illness or condition More information about your prescription drug coverage is available at: Current members: www.optumrx.com Prospective members: https://welcome.optumrx.com/countyoforange	Preventive drugs (in accordance with Health Care Reform)	0% <u>coinsurance</u>	Not Covered	Your Prescription Drug Coverage is covered by Optum Rx. For more information, please call 1-800-573-3583. Preauthorization is required for select drugs. Drug Exclusions: The formulary may exclude certain drugs. However, every therapeutic class (condition) will have a clinically effective covered drug available. Not included in the deductible or out-of-pocket limit: If a member chooses brand drug when a generic equivalent is available, member will pay 20% of generic cost plus the full cost differential between generic and brand cost, unless the prescriber specifically requests the brand name (dispense as written, do not substitute). The cost differential does not count towards the out-of-pocket limit. Drugs not covered by the plan, including those filled through Optum's
If you need drugs to treat your illness or condition	Tier 1: Mostly generic drugs	20% <u>coinsurance</u>	Not Covered	
If you need drugs to treat your illness or condition	Tier 2: Mostly brand preferred drugs	25% <u>coinsurance</u>	Not Covered	
If you need drugs to treat your illness or condition	Tier 3: Mostly brand non-preferred drugs	30% <u>coinsurance</u>	Not Covered	

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
Common Medical Event	Services You May Need	Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
More information about prescription specialty drug coverage is available at specialty.optumrx.com	Specialty drugs	Percentage indicated up to a maximum of \$150 per 30-day supply.	Not Covered	enhanced savings program, will not count towards the annual deductible or out-of-pocket limit. Manufacturer specialty coupon cards do not count towards the annual deductible or out-of-pocket limit. All Specialty Drugs must be fulfilled by Optum Specialty Pharmacy, unless otherwise required by law, in order to be covered. Your Prescription Drug Coverage is covered by OptumRx. For more information, please call (800) 573-3583. Your Prescription Drug Coverage is covered by OptumRx. For more information, please call (800) 573-3583. Your Prescription Drug Coverage is covered by OptumRx. For more information, please call (800) 573-3583.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	<i>Ambulatory Surgery Center:</i> 10% <u>coinsurance</u> <i>Outpatient Hospital:</i> 10% <u>coinsurance</u>	<i>Ambulatory Surgery Center:</i> 30% <u>coinsurance</u> subject to a benefit maximum of \$1,500/day <i>Outpatient Hospital:</i> 30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you have outpatient surgery	Physician/surgeon fees	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	<i>Facility Fee:</i> 10% <u>coinsurance</u> <i>Physician Fee:</i> 10% <u>coinsurance</u>	<i>Facility Fee:</i> 10% <u>coinsurance</u> <i>Physician Fee:</i> 10% <u>coinsurance</u>	-----None-----

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
Common Medical Event	Services You May Need	Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you need immediate medical attention	<u>Emergency medical transportation</u>	10% <u>coinsurance</u>	10% <u>coinsurance</u>	This payment is for emergency or authorized transport. <u>Non-Participating</u> : Member is responsible for all charges above the Usual, Reasonable, and Customary (URC) amount for ground ambulance, but only responsible for in-network charges for air ambulance services.
If you need immediate medical attention	<u>Urgent care</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	<u>Pre-admission review required</u> . <u>Non-Participating</u> : If the member does not have the required pre-admission review before the hospital stay, then what you will pay is increased to 50% coinsurance.
If you have a hospital stay	Physician/surgeon fees	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	<i>Office Visit</i> : 10% <u>coinsurance</u> <i>Other Outpatient Services</i> : 10% <u>coinsurance</u> <i>Partial Hospitalization</i> : 10% <u>coinsurance</u> Neuropsychological and Psychological Testing: 10% <u>coinsurance</u>	<i>Office Visit</i> : 30% <u>coinsurance</u> <i>Other Outpatient Services</i> : 30% <u>coinsurance</u> <i>Partial Hospitalization</i> : 30% <u>coinsurance</u> Neuropsychological and Psychological Testing: 30% <u>coinsurance</u>	Preauthorization is required except for office visits and office-based opioid treatment. Failure to obtain <u>preauthorization</u> may result in non-payment of benefits.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
Common Medical Event	Services You May Need	Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Inpatient services	Physician Inpatient Services: 10% <u>coinsurance</u> Hospital Services: 10% <u>coinsurance</u> Residential Care: 10% <u>coinsurance</u>	Physician Inpatient Services: 30% <u>coinsurance</u> Hospital Services: 30% <u>coinsurance</u> Residential Care: 30% <u>coinsurance</u>	<u>Pre-admission review required.</u> Non-Participating: If the member does not have the required pre-admission review before the hospital stay, then what you will pay is increased to 50% coinsurance.
If you are pregnant	Office visits	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you are pregnant	Childbirth/delivery professional services	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you are pregnant	Childbirth/delivery facility services	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> is required for <u>Non-Participating</u> providers. Failure to obtain <u>preauthorization</u> may result in non-payment of benefits. When home health care is authorized as an alternative to continued hospitalization in a Participating Provider Hospital, you will pay 10% <u>coinsurance</u> .
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Rehabilitation services</u>	Office Visit: 10% <u>coinsurance</u> Outpatient Hospital: 10% <u>coinsurance</u>	Office Visit: 30% <u>coinsurance</u> Outpatient Hospital: 30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Habilitation services</u>	Office Visit: 10% <u>coinsurance</u> Outpatient Hospital: 10% <u>coinsurance</u>	Office Visit: 30% <u>coinsurance</u> Outpatient Hospital: 30% <u>coinsurance</u>	-----None-----

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
Common Medical Event	Services You May Need	Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Skilled nursing care</u>	<i>Freestanding Skilled Nursing Facility (SNF): 10% coinsurance</i> <i>Hospital-based SNF: 10% coinsurance</i>	<i>Freestanding SNF: 30% coinsurance</i> <i>Hospital-based SNF: 30% coinsurance</i>	<u>Preauthorization</u> is required. Failure to obtain <u>preauthorization</u> may result in non-payment of benefits. Combined maximum of up to 100 days per member per calendar year for semi-private accommodations.
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Durable medical equipment</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----None-----
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Hospice services</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> is required except for pre-hospice consultation. Failure to obtain <u>preauthorization</u> may result in non-payment of benefits. When hospice residence immediately follows inpatient services in a Participating Hospital, you will pay 10% coinsurance for hospice services.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	No Charge	Covered under Preventive Services
If your child needs dental or eye care	Children's glasses	Not Covered	Not Covered	-----None-----
If your child needs dental or eye care	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	-----None-----

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- | | | | |
|-----------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------|
| • Cosmetic surgery | • Infertility Treatment | • Private-duty nursing | • Routine foot care |
| • Dental care (Adult) | • Long-term care | • Routine eye care (Adult) | |

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- | | | | |
|---------------------|-------------------------------|--|-------------|
| • Acupuncture | • Chiropractic care | • Hearing aids | • Orthotics |
| • Bariatric surgery | • Continuous glucose monitors | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. | |

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or cciio.cms.gov. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice or assistance, contact: Blue Shield Customer Service at 1-888-235-1767 or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at **1-866-444-EBSA (3272)** or dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາລັບການຊ່ອຍເຫຼືອເປັນພາສາລາວແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາໂທ 1-866-346-7198.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of participating pre-natal care and a hospital delivery)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$500
■ <u>Specialist</u> <u>coinsurance</u>	10%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$500
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$1,200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$70
The total Peg would pay is	\$1,770

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine participating care of a well-controlled condition)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$500
■ <u>Specialist</u> <u>coinsurance</u>	10%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$500
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$100
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$3,500
The total Joe would pay is	\$4,100

Mia's Simple Fracture

(participating emergency room visit and follow up care)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$500
■ <u>Specialist</u> <u>coinsurance</u>	10%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$500
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$10
The total Mia would pay is	\$710

The plan would be responsible for the other costs of these **EXAMPLE** covered services.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.



NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Blue Shield of California complies with federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Shield of California does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Shield of California provides:

- Aids and services at no cost to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Language services at no cost to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Blue Shield of California Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Shield of California has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex you can file a grievance with:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. **NOTA: Se entregará por separado información sobre el costo de este plan (llamado “prima”). Este documento es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o conseguir una copia de los términos de cobertura completos, visite blueshieldca.com/oc o llame al 1-888-235-1767. Para ver una definición general de las palabras usadas con frecuencia, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otras palabras subrayadas, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-866-444-3272 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$500 por persona/ \$1,000 por familia para <u>proveedores participantes</u> ; \$750 por persona/ \$1,500 por familia para <u>proveedores no participantes</u> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad de <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagarlos. Si tiene otros familiares incluidos en el <u>plan</u> , cada uno tiene que alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el total de gastos de <u>deducible</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que están incluidos en los términos de cobertura completos.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque todavía no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que tenga que pagar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Atención médica: \$2,500 por persona/ \$5,000 por familia para <u>proveedores participantes</u> ; \$5,000 por persona/ \$10,000 por familia para <u>proveedores no participantes</u> . Medicamentos recetados: \$4,100 por persona/ \$8,200 por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares incluidos en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Atención médica</u>: El <u>coseguro</u> para ciertos servicios, las <u>primas</u>, los cargos por <u>facturación del saldo</u>, la atención de la salud que no cubra este <u>plan</u> y las multas por no hacer una revisión antes de ser admitido para una hospitalización que no es de emergencia. <u>Medicamentos recetados</u>: Lea la sección sobre los medicamentos recetados para conocer las limitaciones, las excepciones y otra información importante.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Para ver una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite blueshieldca.com/fad o llame al 1-888-235-1767.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la red del <u>plan</u> (<u>proveedor participante</u>). Sin embargo, pagará la cantidad máxima si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> (<u>proveedor no participante</u>); además, un <u>proveedor</u> podría enviarle una factura por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que quiera sin tener una <u>referencia</u> .



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

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor participante</u> (pagará lo mínimo)	<u>Proveedor no participante</u> (pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Visita a un <u>especialista</u>	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Después averigüe qué pagará su <u>plan</u> .

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (pagará lo máximo)	
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio y patología: 10 % de <u>coseguro</u> Radiografías y diagnóstico por imágenes: 10 % de <u>coseguro</u> Otros exámenes de diagnóstico: 10 % de <u>coseguro</u>	Análisis de laboratorio y patología: 30 % de <u>coseguro</u> Radiografías y diagnóstico por imágenes: 30 % de <u>coseguro</u> Otros exámenes de diagnóstico: 30 % de <u>coseguro</u>	Los servicios mencionados se brindan en un centro independiente.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética)	Centro de radiología para pacientes ambulatorios: 10 % de <u>coseguro</u> Hospital para pacientes ambulatorios: 10 % de <u>coseguro</u>	Centro de radiología para pacientes ambulatorios: 30 % de <u>coseguro</u> Hospital para pacientes ambulatorios: 30 % de <u>coseguro</u>	Se necesita <u>autorización previa</u> para los servicios de diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, etc.) que no sean de emergencia y se brinden dentro de California. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o problema de salud Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en: Miembros actuales: www.optumrx.com Miembros futuros: https://welcome.optumrx.com/countyoforange	Medicamentos preventivos (de acuerdo con la Reforma de Atención de la Salud)	0 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Su cobertura de medicamentos recetados está cubierta por Optum Rx. Si necesita más información, llame al 1-800-573-3583. Se necesita autorización previa para ciertos medicamentos. Exclusiones de medicamentos: Es posible que el formulario no incluya ciertos medicamentos. Sin embargo, para cada categoría terapéutica (problema de salud) habrá disponible un medicamento clínicamente eficaz cubierto. No se incluyen en el deducible ni en el límite de gastos de bolsillo: Si el miembro decide usar un medicamento de marca cuando hay disponible un medicamento genérico equivalente, tendrá que pagar el 20 % del costo del medicamento genérico más la diferencia de precio total entre el medicamento de marca y su equivalente genérico, a menos que el profesional que hace la receta pida específicamente el medicamento de marca (entregar el medicamento que se indica, no reemplazar). La diferencia de precio no cuenta para el límite de gastos de bolsillo.
	Nivel 1: Principalmente medicamentos genéricos	20 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
	Nivel 2: Principalmente medicamentos de marca preferidos	25 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
	Nivel 3: Principalmente medicamentos de marca no preferidos	30 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor participante</u> (pagará lo mínimo)	<u>Proveedor no participante</u> (pagará lo máximo)	
Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos especializados recetados en specialty.optumrx.com	Medicamentos especializados	El porcentaje indicado hasta un máximo de \$150 por un suministro de 30 días.	Sin cobertura	Los medicamentos que el plan no cubre, incluidos los que se obtienen por medio del programa de mayores ahorros de Optum, no contarán para el deducible anual ni para el límite de gastos de bolsillo. Los cupones del fabricante para obtener medicamentos especializados no cuentan para el deducible anual ni para el límite de gastos de bolsillo. Todos los medicamentos especializados deben obtenerse en la farmacia especializada de Optum para que estén cubiertos, a menos que la ley exija otra cosa.
Si le tienen que hacer una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<i>Centro quirúrgico ambulatorio:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> 10 % de <u>coseguro</u>	<i>Centro quirúrgico ambulatorio:</i> 30 % de <u>coseguro</u> sujeto a un beneficio máximo de \$1,500/día <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> 30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor participante</u> (pagará lo mínimo)	<u>Proveedor no participante</u> (pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Tarifa del centro de atención: 10 % de <u>coseguro</u> Tarifa del médico: 10 % de <u>coseguro</u>	Tarifa del centro de atención: 10 % de <u>coseguro</u> Tarifa del médico: 10 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10 % de <u>coseguro</u>	10 % de <u>coseguro</u>	Este pago es para transporte autorizado o de emergencia. <u>No participante:</u> El miembro es responsable de todos los cargos que sean mayores que la tarifa normal, habitual y razonable (tarifa UCR, por sus siglas en inglés) para el transporte en ambulancia por tierra, pero solo es responsable de los cargos dentro de la red para el transporte en ambulancia por aire.
	<u>Atención urgente</u>	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
En caso de hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	<u>Se necesita revisión antes de la admisión.</u> <u>No participante:</u> Si el miembro no hace la revisión necesaria antes de ser admitido para una hospitalización, entonces lo que pagará usted aumenta a un 50 % de coseguro.
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias adictivas	Servicios para pacientes ambulatorios	<i>Visita al consultorio:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Otros servicios para pacientes ambulatorios:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Hospitalización parcial:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Pruebas psicológicas y neuropsicológicas:</i> 10 % de <u>coseguro</u>	<i>Visita al consultorio:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Otros servicios para pacientes ambulatorios:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Hospitalización parcial:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Pruebas psicológicas y neuropsicológicas:</i> 30 % de <u>coseguro</u>	Se necesita <u>autorización previa</u> , menos para las visitas al consultorio y el tratamiento en el consultorio por dependencia de opioides. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	Servicios para pacientes internados	<i>Servicios para pacientes internados brindados por un médico:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Servicios hospitalarios:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Atención en una residencia:</i> 10 % de <u>coseguro</u>	<i>Servicios para pacientes internados brindados por un médico:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Servicios hospitalarios:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Atención en una residencia:</i> 30 % de <u>coseguro</u>	<u>Se necesita revisión antes de la admisión.</u> <u>No participante:</u> Si el miembro no hace la revisión necesaria antes de ser admitido para una hospitalización, entonces lo que pagará usted aumenta a un 50 % de coseguro.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor participante</u> (pagará lo mínimo)	<u>Proveedor no participante</u> (pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios de un centro de atención para el nacimiento/parto	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales	<u>Atención de la salud en el hogar</u>	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	Se necesita <u>autorización previa</u> para los proveedores <u>no participantes</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Cuando la atención de la salud en el hogar se autoriza como una alternativa a seguir hospitalizado en un hospital que sea proveedor participante, usted pagará un 10 % de <u>coseguro</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<i>Visita al consultorio:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> 10 % de <u>coseguro</u>	<i>Visita al consultorio:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> 30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de habilitación</u>	<i>Visita al consultorio:</i> 10 % de <u>coseguro</u> <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> 10 % de <u>coseguro</u>	<i>Visita al consultorio:</i> 30 % de <u>coseguro</u> <i>Hospital para pacientes ambulatorios:</i> 30 % de <u>coseguro</u>	

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor participante</u> (pagará lo mínimo)	<u>Proveedor no participante</u> (pagará lo máximo)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Centro de enfermería especializada independiente: 10 % de <u>coseguro</u> Centro de enfermería especializada en un hospital: 10 % de <u>coseguro</u>	Centro de enfermería especializada independiente: 30 % de <u>coseguro</u> Centro de enfermería especializada en un hospital: 30 % de <u>coseguro</u>	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Máximo combinado de hasta 100 días por miembro por año calendario para habitaciones semiprivadas.
	<u>Equipo médico duradero</u>	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Cuidados para pacientes terminales</u>	10 % de <u>coseguro</u>	30 % de <u>coseguro</u>	Se necesita <u>autorización previa</u> , menos para la consulta previa a los cuidados para pacientes terminales. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Cuando va a vivir a un centro de cuidados para pacientes terminales inmediatamente después de recibir servicios para pacientes internados en un hospital participante, usted pagará un 10 % de coseguro por los cuidados para pacientes terminales.
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	Cubierto como un servicio preventivo.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| • Cirugía estética | • Tratamiento para la esterilidad | • Servicio de enfermería privado | • Atención de los pies de rutina |
| • Atención dental (adultos) | • Atención a largo plazo | • Atención de la vista de rutina (adultos) | |

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

- | | | | |
|----------------------|----------------------------------|--|-----------|
| • Acupuntura | • Atención quiropráctica | • Audífonos | • Ortesis |
| • Cirugía bariátrica | • Medidores continuos de glucosa | • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos | |

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

Sus derechos a reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama “reclamo” o “apelación”. Para tener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también tienen información completa sobre cómo presentar ante su plan una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier razón. Si quiere recibir más información sobre sus derechos o esta notificación, o si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de Blue Shield al 1-888-235-1767 o a la Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado) del Department of Labor (Departamento de Trabajo) al **1-866-444-EBSA (3272)**, o visite dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Brinda este plan una cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima suele incluir planes, seguro de salud disponible por medio del mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y alguna otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito de impuestos para primas.

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

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

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Servicios de acceso a idiomas:

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

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

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

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

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

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

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

Armenian (Հայերեն): Հայերեն լեզվով անվճար օգնությունը հասնում է խնդրում եմ զանգահարել 1-866-346-7198.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາລັບການຊ່ອຍເຫຼືອເປັນພາສາລາວແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາໂທ 1-866-346-7198.

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

Declaración de divulgación de la PRA

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley para la Reducción del Papeleo) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un pedido de recopilación de información, a menos que haya un número de control de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo promedio necesario para completar esta recopilación de información es de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo calculado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



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

Embarazo de Peg

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro de especialista</u>	10 %
■ <u>Coseguro de hospital (centro)</u>	10 %
■ <u>Otro coseguro</u>	10 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$70
Total que pagaría Peg	\$1,770

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro de especialista</u>	10 %
■ <u>Coseguro de hospital (centro)</u>	10 %
■ <u>Otro coseguro</u>	10 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$3,500
Total que pagaría Joe	\$4,100

Fractura simple de Mía

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro de especialista</u>	10 %
■ <u>Coseguro de hospital (centro)</u>	10 %
■ <u>Otro coseguro</u>	10 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
Total que pagaría Mía	\$710

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

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



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- 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, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede usar esta información para hacer un reclamo:

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

Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el 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 esa 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, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.