

HealthSavings+

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.¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Red de PPO de Blue Shield

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 PPO de Blue Shield. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor PPO de Blue Shield que cuando se atiende con un Proveedor Fuera de la Red. Para buscar Proveedores PPO de Blue Shield que estén en esta red, regístrese en su aplicación de Accolade o visite el sitio web Find a Doctor (Encuentre un médico) de Blue Shield en [HealthSavings+](#) para ver una lista de los Proveedores de la Red de su Plan.

Deducible médico y de farmacias por Año Calendario (CYD)^{2,9}

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.

		Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield³	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores PPO de Blue Shield³ y Proveedores Fuera de la Red⁴
Deducible médico y de farmacias por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$2,500	\$4,000
	<i>Cobertura familiar</i>	\$5,000	\$8,000

Gastos de Bolsillo Máximos médicos y de farmacia por Año Calendario^{5,9}

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.

	Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield³	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores PPO de Blue Shield³ y Proveedores Fuera de la Red⁴
<i>Cobertura individual</i>	\$6,700	\$8,000
<i>Cobertura familiar</i>	\$13,400	\$16,000

Beneficios⁶

Su pago

	Quando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁷				
Servicios de Salud Preventivos	\$0		50 %	✓
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	30 %	✓	50 %	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	30 %	✓	50 %	✓
Visita del médico en el hogar	30 %	✓	50 %	✓
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional	30 %	✓	50 %	✓
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners) y asistentes médicos.</i>				
Servicios de acupuntura	30 %	✓	30 %	✓
<i>Combinados con servicios de quiropráctica, hasta 24 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>				
Servicios de quiropráctica	30 %	✓	50 %	✓
<i>Combinados con servicios de acupuntura, hasta 24 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>				
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	\$0		50 %	✓
• Anticonceptivo inyectable	\$0		50 %	✓
• Colocación del diafragma	\$0		50 %	✓
• Dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés)	\$0		50 %	✓
• Colocación y/o retiro del dispositivo intrauterino (IUD)	\$0		50 %	✓
• Anticonceptivo implantable	\$0		50 %	✓
• Ligadura de trompas	\$0		50 %	✓
• Vasectomía	\$0	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
Diagnóstico y Tratamiento de la Causa de la Esterilidad	30 %	✓	50 %	✓
Servicios por Esterilidad⁸				
Se necesita autorización previa de WINFertility				
Limitados a 2 ciclos durante la membresía. Nota: Cuando un miembro haya completado dos (2) ciclos de extracción de huevos para fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés), habrá alcanzado el beneficio máximo durante la membresía correspondiente a todos los servicios relacionados con la esterilidad, incluidos los servicios de inseminación intrauterina (IUI, por sus siglas en inglés). Nota: El Coseguro para estos servicios no se aplica al Límite de Gastos de Bolsillo por Año Calendario.				
<ul style="list-style-type: none"> Inseminaciones artificiales naturales Sin estimulación del óvulo (ovocito o tejido ovárico [huevo]). Inseminaciones artificiales estimuladas Con estimulación del óvulo (ovocito o tejido ovárico [huevo]). Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés) Fecundación in vitro (IVF) Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés) Criopreservación de espermatozoides, ovocitos o embriones limitada a una extracción y un año de conservación durante la membresía. 	50 %	✓	50 %	✓
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	30 %	✓	50 %	✓
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	\$0	✓	\$0	✓

Beneficios⁶
Su pago

	Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias <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 PPO de Blue Shield que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>	30 %	✓	30 %	✓
Servicios del Médico en la sala de emergencias	30 %	✓	30 %	✓
Servicios de un centro de atención urgente	30 %	✓	50 %	✓
Servicios de ambulancia				
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia. Está disponible el transporte en ambulancia (por tierra y por aire) que no sea de emergencia y esté autorizado previamente para ir de un centro médico a otro.</i>	30 %	✓	30 %	✓
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$360/día	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores Fuera de la Red⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de trasplante				
<i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos (excepto los trasplantes de tejido y de riñón), que deben estar autorizados previamente y ser brindados por el proveedor de un centro de atención de UC o en un Centro de Excelencia (COE, por sus siglas en inglés) de Blue Cross Blue Shield (BCBS) aprobado. 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>				
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales 	30 %	✓	Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	30 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados				
<i>Los servicios bariátricos deben estar autorizados previamente y ser brindados por el proveedor de un centro de atención de UC o en un Centro de Excelencia (COE) de Blue Cross Blue Shield (BCBS).</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	30 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	30 %	✓	Sin cobertura	
Servicios del médico	30 %	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶

Su pago

	Quando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
<p>Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio</p> <p><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></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Nota: Es posible que se aplique un cargo por la lectura de un profesional (médico).</i></p> <p>Servicios de laboratorio y patología</p> <p><i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i></p>				
<ul style="list-style-type: none"> Centro de laboratorio 	30 %	✓	50 %	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
<p>Servicios de imágenes básicas</p> <p><i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i></p>				
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	30 %	✓	50 %	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
<p>Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios</p> <p><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></p>				
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio 	30 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
<p>Servicios de imágenes avanzadas</p> <p><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></p>				
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	30 %	✓	50 %	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</i>				
Consultorio	30 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Servicios de Terapia del Habla				
Consultorio	30 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	30 %	✓	50 %	✓
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Medidor de glucemia	30 %	✓	50 %	✓
Medidor de flujo máximo	30 %	✓	50 %	✓
Dispositivos y equipos protésicos	30 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Quando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de atención de la salud en el hogar <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>	30 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i>	30 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	30 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>Hasta 100 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	30 %	✓	50 % 50 %	✓
SNF en un hospital	30 %	✓	Sujeto a un Beneficio máximo de \$360/día	✓
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales Consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales	30 %	✓	Sin cobertura	
Atención de rutina en el hogar	30 %	✓	Sin cobertura	
Atención continua las 24 horas en el hogar	30 %	✓	Sin cobertura	
Atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas	30 %	✓	Sin cobertura	
Atención de relevo para pacientes internados	30 %	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶
Su pago

	Cuando se usan Proveedores PPO de Blue Shield³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores Fuera de la Red⁴	Se aplica el CYD²
Otros servicios y suministros				
Visitas de Accolade Care para recibir atención preventiva ¹⁰	\$0 cuando se usan proveedores de Accolade Care		\$0 cuando se usan proveedores de Accolade Care	
Visitas de Accolade Care para recibir atención primaria y urgente ¹⁰	\$30 hasta llegar al Deducible y después 30 %, cuando se usan proveedores de Accolade Care	✓	\$30 hasta llegar al Deducible y después 30 %, cuando se usan proveedores de Accolade Care	✓
Programa Core ¹¹ de Blue Cross Blue Shield Global [®]	20 % cuando recibe Servicios Cubiertos por medio de Core de Blue Shield Global [®]	✓	Sin cobertura	
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	30 %	✓	50 %	✓
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	30 %	✓	50 %	✓
• Tratamiento médico de nutrición	30 %	✓	50 %	✓
Servicios de diálisis	30 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$210/día	✓
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	30 %	✓	30 %	✓
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	30 %	✓	50 %	✓
Servicios para audífonos				
• Audífonos y equipos	50 %	✓	50 %	✓
<i>Hasta un máximo combinado de \$2,000 por Miembro, por período de 36 meses.</i>				
Inmunizaciones y vacunas para viajes	30 %	✓	50 %	✓

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

Su pago

	Quando se usan Proveedores PPO de Blue Shield ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Proveedores Fuera de la Red ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios para pacientes ambulatorios				
Servicios del médico	30 %	✓	50 %	✓
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	30 %	✓	50 %	✓
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	30 %	✓	50 %	✓
Servicios hospitalarios	30 %	✓	50 %	✓
Atención en una residencia	30 %	✓	50 %	✓
Otros servicios				
Visitas de salud teleconductual de Accolade Care ¹⁰	\$30 hasta llegar al Deducible y después 30 %, cuando se usan proveedores de Accolade Care	✓	\$30 hasta llegar al Deducible y después 30 %, cuando se usan proveedores de Accolade Care	✓

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 en el consultorio por dependencia de opioides
- Servicios por el uso de alcohol y sustancias adictivas
- Estudios del sueño
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Equipo Médico Duradero
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Medición continua de glucemia
- Servicios de terapia CAR-T
- Cirugía ortopédica (por ejemplo: de hombro, de columna, de rodilla)
- Audífonos

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 o de farmacias por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores PPO de Blue Shield son pagados por el Administrador de Reclamaciones antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico o de farmacias 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 tiene un Deducible para Proveedores PPO de Blue Shield y Deducibles combinados para Proveedores PPO y Proveedores Fuera de la Red. Esto significa que cualquier cantidad que pague para su Deducible por Año Calendario para Proveedores PPO de Blue Shield también cuenta para su Deducible por Año Calendario combinado para Proveedores PPO de Blue Shield y Proveedores Fuera de la Red.

Para la Cobertura Familiar. Usted y los miembros de su Familia, en conjunto, deben llegar al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario.

3 Uso de Proveedores PPO de Blue Shield:

Los Proveedores PPO de Blue Shield tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor PPO de Blue Shield, 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.
-

4 Uso de Proveedores Fuera de la Red:

Los Proveedores Fuera de la Red no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red, 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 el Deducible ni para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.
-

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 y de farmacias por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario. Los Servicios por Esterilidad no se acumulan para sus Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan tiene OOPM para Proveedores PPO de Blue Shield y OOPM combinados para Proveedores PPO de Blue Shield y Proveedores Fuera de la Red. Esto significa que cualquier cantidad que pague para sus OOPM para Proveedores PPO de Blue Shield también cuenta para sus OOPM combinados para Proveedores PPO de Blue Shield y Proveedores Fuera de la Red.

Para la Cobertura Familiar. Usted y los miembros de su Familia, en conjunto, deben llegar 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 a un Proveedor PPO de Blue Shield. 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. Si necesita más información sobre los Servicios de Salud Preventivos, visite www.blueshieldca.com/content/dam/bsca/en/member/docs/Preventive-Health-Guidelines.pdf.

8 Servicios por Esterilidad:

Para este Plan, un "ciclo" se define como la estimulación ovárica con extracción de huevo(s). Los miembros tendrán cubiertos dos (2) ciclos de extracción de huevos, incluida su fecundación y la posterior transferencia embrionaria para todos los embriones obtenidos a partir de un ciclo cubierto. Los Servicios por Esterilidad no se acumulan para sus Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario. WINFertility administra los Servicios por Esterilidad. Si necesita más información sobre la cobertura de la esterilidad, llame a servicio al cliente de WINFertility al 877-451-3077.

9 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios (Navitus):

Navitus administra la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Si necesita información sobre la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, llame a servicio al cliente de Navitus al 833-8374308.

10 Accolade Care:

Las visitas de telesalud para recibir atención preventiva están disponibles sin costo compartido. Las visitas de telesalud para recibir atención primaria y urgente y las visitas de salud teleconductual están disponibles con un costo de \$30 por visita, antes de llegar al Deducible por Año Calendario. Cuando llegue al Deducible por Año Calendario, usted será el responsable de pagar el 30 % de Coseguro por visita hasta llegar a los Gastos de Bolsillo Máximos por

Notas

Año Calendario. Si necesita más información, visite member.accolade.com o llame a Servicio al Cliente de Accolade al 1-866-406-1182.

11 Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global®:

Si necesita más información, lea la sección del [Programa Core de Blue Cross Blue Shield Global®](#) y la sección de [Programas entre planes](#).

Los planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Federales, o la Oficina de Presidencia de UC puede pedir en cualquier momento un cambio en los beneficios por indicación de Recursos Humanos de todo el sistema (Systemwide HR).

Pb091825;100725;100825;031726;032526