



Blue Cross of California (BCC) es un plan de servicio de atención médica regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada

Beneficios de Blue Cross

Comparación y perspectiva general del plan

BC Life & Health (BCL&H) es una compañía de seguro regulada por el Departamento de Seguros



El miembro paga todas las cantidades excepto cuando se indica.

Las cantidades cubren los servicios de la red solamente; el miembro paga más cuando son servicios fuera de la red.

| | Planes PPO de Hospital ofrecidos por BCL&H | | | Ofrecido por BCL&H | Ofrecido por BCC |
|--|---|---|---|---|--|
| | 1 Beneficios de Hospital | 2 Beneficios de Hospital Plus | 3 Beneficios de Hospital Preferidos | 4 Plan PPO \$35 Copay GenRx | 5 Plan Power Select HMO |
| Cargos cubiertos vitales pagados por Blue Cross | \$5,000,000 Ilimitado | | | | |
| Deducible anual <i>La cantidad que el miembro paga por los servicios cubiertos antes que comiencen los beneficios del plan; no se cobra para algunos servicios</i> | \$1,250 por miembro (máximo de 2 miembros de la familia*) | \$1,000 por miembro (máximo de 2 miembros de la familia*) | \$750 por miembro (máximo de 2 miembros de la familia*) | \$500 por miembro (máximo de 2 miembros de la familia*) | \$500 por miembro |
| Desembolso anual máximo <i>El máximo que paga un miembro en un año para los servicios cubiertos que califican antes de que el plan pague el 100% para la mayoría de los servicios de la red</i> | Deducible anual más \$2,500 | | | \$4,000 por miembro (incluye el deducible) (máximo de 2 miembros de la familia*) | \$2,250 por miembro \$4,500 familiar agregado* (incluye el deducible) |
| Medicamentos recetados <i>Las cantidades indicadas son copagos para 30 días de suministro</i> | \$15 - Genéricos solamente | | | | Genéricos: \$15 De marca \$25 (después del deducible de marca de \$150) |
| Visitas al médico y servicios profesionales relacionados | No hay beneficios | 50% de coseguro para los primeros \$1,000 de gastos cubiertos y 100% de ahí en más (máximo pago de Blue Cross de \$500 por año) | 50% de coseguro para los primeros \$1,500 de gastos cubiertos y 100% de ahí en más (máximo pago de Blue Cross de \$750 por año) | Visitas al médico: Copago de \$35 para las primeras 12 visitas; luego 45% Servicios profesionales incluyendo laboratorio y maternidad: 35% | Visitas al médico: Copago de \$25 para médico de atención primaria; copago de \$35 para especialista o atención referida Servicios profesionales incluyendo laboratorio y maternidad: sin cargo |
| Exámenes HealthyCheck SM - Exámenes médicos preventivos; incluye laboratorio y vacunas | Elija la opción de exámenes de \$25 o \$75 | | | | No disponible |
| Cobertura de paciente internado en el hospital | 30% después del deducible | | | 35% después del deducible | Establecimiento: 10% Servicios profesionales: sin cargo |
| Atención de Emergencia <i>El miembro también es responsable de un copago de \$100 en todos los planes - no se cobra si lo ingresan</i> | 30% después del deducible | | | 35% después del deducible | Copago de \$100 por Sala de Emergencias - no se cobra si lo ingresan |
| Cobertura dental | Ninguna | Ninguna | 2 limpiezas gratis y hasta \$500 de beneficio** después del deducible de \$25 | Ninguna | Ninguna |
| Cobertura de visión | Ninguna | Ninguna | Hasta \$100 de beneficio** | Ninguna | Ninguna |

* Máximo de 2 miembros de la familia significa que dos miembros cubiertos de la familia deben pagar esta cantidad separadamente para satisfacer el requisito para todos los miembros de la familia cubiertos; agregado significa que todos los gastos elegibles de los miembros familiares cubiertos se pueden combinar para satisfacer el requisito familiar.

** Las cantidades de los beneficios dentales y de visión cubren los pagos de Blue Cross para los gastos elegibles sólo como se describen en el Certificado.

IMPORTANTE: Esta perspectiva general sólo se deberá usar para comparar beneficios de alto nivel usando proveedores de la red; para obtener descripciones completas de la cobertura, los beneficios, las circunstancias especiales y las limitaciones, consulte el Resumen de Características, los Certificados y/o el Documento Combinado de Revelación y Evidencia de Cobertura. Por favor note que los proveedores de la red aceptan las tarifas negociadas de Blue Cross como el pago completo para los servicios cubiertos. Planes PPO: Los beneficios listados se basan en la tarifa negociada por los proveedores de la red (los proveedores fuera de la red pueden cobrar más que la tarifa negociada); los beneficios listados se basan en los cargos acostumbrados y razonables (en los casos de emergencias médicas) para proveedores fuera de la red; cuando los miembros usan un proveedor fuera de la red, deben pagar el copago o coseguro correspondiente más todos los cargos que exceden la cantidad permitida.

ESTA ES UNA COMPARACION DE ALTO NIVEL PARA TODOS LOS PLANES PRESENTADOS EN LA PAGINA 4. Note las exclusiones y limitaciones importantes en las páginas 10-13. Note que esta página está impresa en inglés en un lado y en español en el otro; las versiones en chino y coreano pueden obtenerse en <http://www.bluecrossca.com> - si necesita asistencia pregunte a su agente o llame al Servicio al Cliente al (800) 627-8797.