blue of california

# Cláusula adicional de Tecnología de Reproducción Asistida

**Cláusula adicional grupal HMO**

## ART HMO 10%
## Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Beneficio de tecnología de reproducción asistida.

| Beneficios | Su Pago | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Cuando se usan Proveedores Participantes** | **Se aplica el CYD** | **Cuando se usan Proveedores No Participantes** | **Se aplica el CYD** |
| **Procedimientos de tecnología de reproducción asistida (ART, por sus siglas en inglés) y servicios relacionados** | 10 % de la cantidad permitida | | Sin cobertura | |

| Procedimientos de Tecnología de Reproducción Asistida (ART, por sus siglas en inglés) y Servicios Relacionados | Beneficios Máximos Durante la Membresía |
|---|---|
| **Inseminaciones artificiales naturales**<br>*Sin estimulación del óvulo (ovocito o tejido ovárico [huevo])* | 6 durante la membresía |
| **Inseminaciones artificiales estimuladas**<br>*Con estimulación del óvulo (ovocito o tejido ovárico)* | 3 durante la membresía |
| **Extracción de ovocito (huevo)** | 1 durante la membresía |
| **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés)** | 1 durante la membresía |
| **Criopreservación de embriones, ovocitos, espermatozoides o tejido reproductivo**<br>*Extraídos de un Miembro. Incluye un año de conservación por persona.* | 1 durante la membresía |

### Beneficio Máximo Durante la Membresía

Los Beneficios máximos Durante la Membresía para los procedimientos descritos anteriormente se aplican a todos los servicios relacionados con esos procedimientos o hechos junto con ellos; por esa razón, una vez que se ha llegado a los máximos correspondientes, no se cubrirá ningún servicio relacionado con esos procedimientos ni hecho junto con ellos.

Los Planes de beneficios pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los Requisitos Estatales y Federales.

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

## Introducción

Con este Beneficio de tecnología de reproducción asistida, solamente el Miembro tiene derecho a obtener acceso a Beneficios. Los Servicios Cubiertos por Esterilidad incluyen todos los servicios de profesionales, Hospitales, Centros Quirúrgicos Ambulatorios y auxiliares, así como los medicamentos inyectables autorizados por el Médico de Atención Primaria, que reciba un Miembro para la fecundación asistida, según se describe en este documento.

Para este Beneficio, la Esterilidad es:

- el diagnóstico de un médico autorizado teniendo en cuenta todos o algunos de estos factores: edad, antecedentes médicos, sexuales y reproductivos del paciente, exámenes físicos y pruebas de diagnóstico. Esta definición no impide que se hagan pruebas ni que se determine el diagnóstico de Esterilidad antes del período de 12 o 6 meses necesario para determinar la Esterilidad que se menciona en el párrafo (3);
- la incapacidad de una persona de reproducirse de manera individual o con su pareja, sin intervención médica; o
- la imposibilidad de concebir o de llevar adelante un embarazo hasta el nacimiento con vida del bebé, después de tener relaciones sexuales periódicas sin anticoncepción. Para esta definición, "relaciones sexuales periódicas sin anticoncepción" significa un máximo de 12 meses de relaciones sexuales sin anticoncepción en el caso de una persona menor de 35 años o un máximo de 6 meses de relaciones sexuales sin anticoncepción en el caso de una persona de 35 años o más. Cuando un embarazo termine en un aborto, no volverá a comenzar el período de 12 o 6 meses necesario para calificar como paciente con Esterilidad.

## Beneficios

Se brindan Beneficios para procedimientos de Tecnología de Reproducción Asistida (ART) y análisis de diagnóstico que sean médicamente apropiados para un Miembro que tiene un diagnóstico que coincide con la definición de Esterilidad.

El Miembro es responsable del Copago o el Coseguro que corresponde a todos los servicios de profesionales, Hospitales, Centros Quirúrgicos Ambulatorios y auxiliares que se usen en relación con cualquier procedimiento cubierto por este Beneficio, así como a los medicamentos inyectables administrados por el proveedor para la fecundación asistida. Los Medicamentos autoadministrados recetados para la fecundación asistida están cubiertos de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento conforme a la sección *Beneficios de Medicamentos Recetados* de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). Los procedimientos deben respetar la práctica médica establecida para el tratamiento de la Esterilidad y contar con la autorización del Médico de Atención Primaria.

Solo se brindan Beneficios para los servicios recibidos de Proveedores Participantes.

Estos Servicios Cubiertos no están sujetos al Deducible Médico por Año Calendario. El Costo Compartido para estos Servicios Cubiertos se aplica para los Gastos de Bolsillo Máximos.

## Exclusiones

No se brindan Beneficios para:

- procedimientos de ART y servicios relacionados que estén vinculados con la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés);

- procedimientos de ART y servicios relacionados que estén vinculados con la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés);
- procedimientos de ART y servicios relacionados que estén vinculados con la fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés);
- servicios brindados por Proveedores No Participantes;
- servicios para la disfunción sexual y la insuficiencia sexual, o inherentes a ellas, excepto que sea para el tratamiento de problemas de salud orgánicos, en cuyo caso los Servicios Cubiertos se brindan únicamente conforme a la sección sobre Beneficios médicos de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés);
- servicios que surgen de procedimientos para una madre subrogada o que son inherentes a ellos. Sin embargo, si la madre subrogada está inscrita en un Plan de salud de Blue Shield of California, los Servicios Cubiertos para la atención por embarazo y maternidad para la madre subrogada estarán cubiertos por dicho Plan de salud;
- servicios para la recolección, la compra o la conservación de embriones, ovocitos, tejido ovárico o espermatozoides de donantes, a menos que sean del Miembro, que, con este Beneficio de tecnología de reproducción asistida, tiene derecho a obtener acceso a Beneficios;
- criopreservación de embriones, ovocitos, tejido ovárico o espermatozoides de donantes, a menos que sean del Miembro, que, con este Beneficio de tecnología de reproducción asistida, tiene derecho a obtener acceso a Beneficios;
- kits para predecir la ovulación que se utilizan en el hogar o pruebas de embarazo que se hacen en el hogar;
- aspiración microquirúrgica de espermatozoides del epidídimo (MESA, por sus siglas en inglés), aspiración percutánea de espermatozoides del epidídimo (PESA, por sus siglas en inglés) y aspiración de espermatozoides del testículo (TESA, por sus siglas en inglés) si el Miembro se hizo previamente una vasectomía;
- reversión de procedimientos de esterilización quirúrgica y servicios relacionados;
- todo servicio que no se incluya específicamente como un Servicio Cubierto más arriba; o
- Servicios Cubiertos que sean mayores que los Beneficios máximos durante la membresía.

Los Beneficios están limitados a Miembros que tengan un diagnóstico de Esterilidad, tal como se define, en el momento en que se brindan los servicios.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

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

# NOTICES AVAILABLE ONLINE

## Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: **blueshieldca.com/notices**. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Service at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

## Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en **blueshieldca.com/notices**. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Servicio al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

## 非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 **blueshieldca.com/notices**。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。