

Protect your health and your fund... make SMART CHOICES!



- Go to a primary care provider or urgent care center for non-emergencies.
- Go to an office, independent lab, or non-hospital center instead of a hospital, when possible.
- Ask your doctor if you can get outpatient surgery in an office or surgical center instead of a hospital.

These smart choices cost you and your health fund less!

¡Proteja su salud y su fondo... tome DECISIONES INTELIGENTES!



- Cuando no se trate de emergencias vaya con un proveedor de atención primaria o a un centro de urgencias.
- Cuando sea posible, acuda a una clínica, laboratorio independiente, o centro no hospitalario en lugar de ir al hospital.
- Pregunte a su médico si la cirugía puede ser ambulatoria en una clínica o centro de cirugías en lugar de un hospital.

¡Estas elecciones inteligentes reducirán los costos para usted y su fondo de salud!

Effective: 08/13/2018 • Vigente a partir del: 08/13/2018



This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.

Blue Cross Blue Shield	
Calendar Year Deductible	\$0
Office Visits	PPO Network — You Pay
Preventive Care Services	No charge
Primary Care Provider* (PCP)	\$10 copay
Doctor on Demand (telemedicine)	\$10 copay
Specialist*	\$20 copay
Mental Health/ Substance Abuse*	\$10 copay
Emergency & Urgent Care	PPO Network — You Pay
Urgent Care Center	\$25 copay
Emergency Room* (ER) Emergency (waived if admitted)	\$100 copay
Emergency Room (ER) Non-emergency/routine care	50%
Ambulance (waived if admitted)	\$50 copay
Outpatient Services	PPO Network — You Pay
Outpatient Surgery* In an ambulatory surgical center	\$25 copay
Outpatient Surgery:* In a hospital	\$75 copay

*Includes all care provided during the visit

Blue Cross Blue Shield	
Deducible por Año Calendario	\$0
Visitas a la Clínica	Usted Paga
Atención Preventiva	Sin cargo
Médico de Atención Primaria* (PCP)	Copago de \$10
Doctor on Demand (telemedicina)	Copago de \$10
Especialista*	Copago de \$20
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	Copago de \$10
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	Copago de \$25
Sala de Emergencia* (ER) Emergencia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$100
Sala de Emergencia (ER) No emergencias/atención de rutina	50%
Ambulancia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$50
Servicios Ambulatorios	Usted Paga
Cirugía Ambulatoria* En centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$25
Cirugía Ambulatoria:* En un hospital	Copago de \$75

*Incluye toda la atención proporcionada durante la visita



Find a network provider near you at www.bcbsil.com

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en www.bcbsil.com

Turn over for more information • Vea el reverso para más información



Physical and Occupational Therapy 60-visit max/calendar year combined	Office or non-hospital \$10 copay	Hospital \$30 copay
Speech Therapy 30-visit max/calendar year		
Infusion Medication, Chemotherapy	Home No charge	Hospital \$25 copay
	Non-hospital \$10 copay	
Kidney Dialysis	Office or dialysis center No charge	Hospital \$25 copay
Inpatient Services	PPO Network — You Pay	
Hospitalization*	\$100/day (\$200 max per hospitalization)	
Lab & Imaging	PPO Network — You Pay	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	Office or non-hospital No charge	Hospital \$30 copay
Imaging (CT, MRI, PET)	Office or non-hospital No charge	Hospital \$50 copay
Select Covered Services	PPO Network — You Pay	
Diabetes Education Unlimited visits	No charge	
Nutritional Counseling Up to 4 visits per calendar year	No charge	
Home Health Care 60-visit maximum per calendar year	No charge	
Hospice Care	No charge	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	\$200 per admission	
Chiropractic Up to 24 visits per calendar year	\$10 copay	
Acupuncture Up to 12 visits per calendar year	\$10 copay	
Routine Podiatry Up to 4 visits per calendar year	\$10 copay	
Orthotics Up to \$500 every 24 months	No charge	
Medical Equipment for Home Use	No charge	
Out-of-Pocket Spending Limits: Once your cost sharing for covered network expenses reaches these limits, the Plan pays 100% for most of your covered network expenses for the rest of the year (see your SPD for expenses that don't count)	\$5,000 individual; \$10,000 family	
Non-Network Services: Preventive care, routine care in an emergency room, kidney dialysis, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, orthotics, medical equipment for home use, nutritional counseling, and diabetes education ARE NOT AVAILABLE FROM NON-NETWORK PROVIDERS (see your SPD for all services not covered)	50%	

Terapia Física o Ocupacional: Máximo de 60 visitas por año calendario	Clínica o otro lugar que no sea hospital Copago de \$10	En hospital Copago de \$30
Terapia del Habla: Máximo de 30 visitas por año calendario		
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	En el hogar Sin cargo	En hospital Copago de \$25
	Otro lugar que no sea hospital Copago de \$10	
Diálisis del Riñón	Clínica o centro de diálisis Sin cargo	En hospital Copago de \$25
Servicios con Hospitalización	Usted Paga	
Hospitalización*	\$100/día (\$200 máximo por hospitalización)	
Laboratorio y Exámenes por Imágenes	Usted Paga	
Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido	Clínica o otro lugar que no sea hospital Sin cargo	En hospital Copago de \$30
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	Clínica o otro lugar que no sea hospital Sin cargo	En hospital Copago de \$50
Servicios con Cobertura Selectos	Usted Paga	
Educación sobre la Diabetes Visitas ilimitadas	Sin cargo	
Asesoría Sobre Nutrición Hasta 4 visitas por año calendario	Sin cargo	
Atención a la Salud en el Hogar Máximo de 60 visitas por año calendario	Sin cargo	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	Sin cargo	
Instalaciones de Enfermería Especializada 60 días máximo por año calendario	\$200 por admisión	
Quiropráctico Hasta 24 visitas por año calendario	Copago de \$10	
Acupuntura Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$10	
Visita al podólogo Hasta 4 visitas por año calendario	Copago de \$10	
Ortopedia: Hasta \$500 cada 24 meses	Sin cargo	
Equipo Médico para Uso en el Hogar	Sin cargo	
Límite de Gastos de Bolsillo: Una vez el costo comparado de gastos con cobertura dentro de la red llega a estos límites, el Plan paga el 100% de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año (consulte su SPD para gastos que no cuentan)	\$5,000 individual; \$10,000 familia	
Servicios Fuera de la Red: Cuidados preventivos, atención de rutina en una sala de emergencias, diálisis renal, atención quiropráctica, acupuntura, podiatría de rutina, ortopedia, equipo médico para uso en el hogar, asesoramiento nutricional y educación sobre la diabetes NO ESTÁN DISPONIBLES CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED (consulte su SPD para todos los servicios que no tienen cobertura)	50%	