

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	\$1,500 individual; \$3,000 family
Office Visits	PPO Network — You Pay
Preventive Care Services	No charge
Primary Care Provider* (PCP)	\$25 copay
Doctor on Demand (telemedicine)	\$25 copay
Specialist*	\$50 copay
Mental Health/ Substance Abuse*	\$25 copay
Emergency & Urgent Care	PPO Network — You Pay
Urgent Care Center	\$50 copay
Emergency Room (ER) Emergency (waived if admitted)	\$200 copay
Emergency Room (ER) Non-emergency/routine care	50% after deductible
Ambulance	30% after deductible
Outpatient Services	PPO Network — You Pay
Outpatient Surgery In an ambulatory surgical center	20% after deductible
Outpatient Surgery: In a hospital	30% after deductible

*Includes all care provided during the visit

Blue Cross Blue Shield	
Deducible por Año Calendario	\$1,500 individual; \$3,000 familia
Visitas a la Clínica	Usted Paga
Atención Preventivo	Sin cargo
Médico de Atención Primaria* (PCP)	Copago de \$25
Doctor on Demand (telemedicina)	Copago de \$25
Especialista*	Copago de \$50
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	Copago de \$25
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	Copago de \$50
Sala de Emergencias (ER) Emergencia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$200
Sala de Emergencias (ER) No emergencias/atención de rutina	50% después del deducible
Ambulancia	30% después del deducible
Servicios Ambulatorios	Usted Paga
Cirugía Ambulatoria En centro quirúrgico ambulatoria	20% después del deducible
Cirugía Ambulatoria: En un hospital	30% después del deducible

*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 \$30 copay	Hospital \$60 copay
Speech Therapy 30-visit max/calendar year		
Infusion Medication, Chemotherapy	Home No charge	Hospital 30% after deductible (max of \$250 per visit)
	Non-hospital \$25 copay	
Kidney Dialysis	Office or dialysis center No charge	Hospital 30% after deductible (max of \$250 per visit)
Inpatient Services	PPO Network — You Pay	
Hospitalization	30% after deductible	
Lab & Imaging	PPO Network — You Pay	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	Office or non-hospital \$25 copay	Hospital \$100 copay
Imaging (CT, MRI, PET)	Office or non-hospital \$175 copay	Hospital \$300 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 30-visit maximum per calendar year	\$15 copay	
Hospice Care	No charge	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	30% after deductible	
Chiropractic Up to 12 visits per calendar year	\$25 copay	
Podiatric Orthotics Up to \$500 every 24 months	No charge	
Medical Equipment for Home Use	25% after deductible	
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, 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 \$30	En hospital Copago de \$60
Terapia del Habla: Máximo de 30 visitas por año calendario		
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	En el hogar Sin cargo	En hospital 30% después del deducible (máximo de \$250 por visita)
	Otro lugar que no sea hospital Copago de \$25	
Diálisis del Riñón	Clínica o centro de diálisis Sin cargo	En hospital 30% después del deducible (máximo de \$250 por visita)
Servicios con Hospitalización	Usted Paga	
Hospitalización	30% después del deducible	
Laboratorio y Exámenes por Imágenes	Usted Paga	
Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido	Clínica o otro lugar que no sea hospital Copago de \$25	En hospital Copago de \$100
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	Clínica o otro lugar que no sea hospital Copago de \$175	En hospital Copago de \$300
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 30 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	Sin cargo	
Instalaciones de Enfermería Especializada 60 días máximo por año calendario	30% después del deducible	
Quiropráctico Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$25	
Ortopedia de Podiatría Hasta \$500 cada 24 meses	Sin cargo	
Equipo Médico para Uso en el Hogar	25% después del deducible	
Límite de Gastos de Bolsillo: Una vez el costo compartido 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, 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%	