



2023

# GUÍA DE RECURSOS PARA MIEMBROS

Aprovecha tu plan de salud al máximo

Sleep Number Corporation

# Contactos

## SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**In cargo al 1-866-873-5943**

Número gratuito TTY **711**

De lunes a viernes, 7 a.m. to 8 p.m. hora del centro.

Le proporcionaremos servicios de interpretación, de ser necesario.

## BUSCAR UN MÉDICO

Utilice la herramienta "Find a Doctor" (Buscar un médico) en **bluecrossmn.com/findadoctor**

Seleccione "BlueCard PPO"

O llame al **1-800-810-BLUE (2583)** (también se aplica a Blue Cross Blue Shield Global® Core).

## ATENCIÓN EN LÍNEA

Visite [doctorondemand.com/bluecrossmn](http://doctorondemand.com/bluecrossmn)

## MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

Para buscar una farmacia minorista o de entrega a domicilio de la red, inicia sesión en el sitio web para miembros.

## RECURSOS DE SALUD Y BIENESTAR

Inicie sesión en su sitio web del miembro para consultar una lista completa de recursos y herramientas.

### **Dejar el tabaco y el vapeo**

1-888-662-BLUE (2583)

### **Control de la maternidad**

1-866-489-6948

# Índice

Bienvenido .....	4
La información de su plan al alcance de la mano .....	5
Cómo entender sus costos .....	6
Cómo entender sus redes.....	8
Cómo elegir un plan: piense en sus necesidades .....	9
Cuadros de beneficios .....	10
Sepa a dónde ir para recibir atención .....	14
Cómo funcionan sus beneficios de farmacia.....	15
Recursos de salud y bienestar .....	16
Principales aspectos que debe conocer para comprender su plan .....	18
Glosario: términos que debe conocer .....	19
Reciba la última información .....	20



# Bienvenido al plan de salud n.º 1 de Minnesota\*

Con Blue Cross and Blue Shield of Minnesota, obtienes un nombre de confianza, una cobertura en la que puedes confiar y la tranquilidad de saber que tu plan está aquí para ayudarte en cada paso del camino.

Dentro de esta guía, encontrarás información sobre lo siguiente:

- Qué debe considerar al elegir o averiguar sobre un plan
- Recursos y programas de salud y bienestar
- Respuestas a preguntas frecuentes, términos básicos y otros consejos útiles

## ¿TIENE PREGUNTAS?

Llame al Servicio de Atención al Cliente o visite

[bluecrossmn.com/contact](https://bluecrossmn.com/contact)

\*Datos de conocimiento del mercado de Blue Cross and Blue Shield Association, 2021.

# La información de su plan al alcance de la mano

El registro en su sitio web del miembro es el primer paso para obtener información personalizada sobre su plan de salud.

Puede acceder fácilmente a la información personal de su plan, recursos y herramientas en su sitio web del miembro. Cuando llegue su tarjeta de identificación de miembro (por correo postal), conéctese y regístrese en línea en [bluecrossmn.com/login](http://bluecrossmn.com/login). Una vez registrado, usted puede realizar lo siguiente:

- Encontrar médicos, clínicas, hospitales y farmacias.
- Comparar costos de diferentes servicios y procedimientos
- Ver sus reclamos y las Explicaciones de beneficios de atención médica (Explanation of Benefits, EOB).
- Enviar correos electrónicos seguros al Servicio de Atención al Cliente.
- Ver, imprimir, enviar por correo electrónico o pedir sus tarjetas de identificación de miembro.
- Consultar los balances de las cuentas financieras de salud (si corresponde).

Para registrarse, necesitará su tarjeta de identificación de miembro. Asegúrese de tenerla a mano.

## CÓMO INSCRIBIRSE

- 1 Haga clic en "Register" (Registrarse).
- 2 Completa los campos de registro con la información en tu tarjeta de identificación de miembro.
- 3 Cree una contraseña y una identificación de inicio de sesión.
- 4 Valida tu dirección de correo electrónico.
- 5 Inicia sesión para ver tu información personal.

## EXPLICACIÓN DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

### Nombre del miembro

Cada familiar cubierto por su plan tendrá una tarjeta de identificación, incluidos los niños menores de edad.

### Número de identificación de miembro

Su número de identificación de miembro ayuda a los proveedores a consultar los detalles de su plan. También lo utilizamos para hacer un seguimiento de los gastos.

		In Ntwk	Out Ntwk	
ELIZABETH SAMPLENAME				
000000000000		Ind Ded	\$	\$
GRP XXXXXXXX		Fam Ded	\$	\$
Svc Type XXX		Ind OOP	\$	\$
Care Type XXXX		Fam OOP	\$	\$
RxBIN XXXXXX				
RxPCN XXX				

SYMBOLS PRINT HERE

of Minnesota, a nonprofit independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association, is serving only as the claims administrator.

### Número de grupo

Esto identifica el plan de su empleador.

### Detalles del plan

¿Tiene preguntas? La información de contacto se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

El ejemplo a continuación es solo una guía. La información y el formato de su tarjeta pueden variar.

# Cómo entender sus costos

Tener un seguro de salud significa que usted y un plan de salud comparten el pago de sus costos médicos. La parte que usted paga cambia durante su año del plan a medida que recibe atención médica y paga costos. Así es como funciona:

Durante su año del plan, usted tendrá dos grupos de costos: **cuotas** del plan de salud y **costos de atención médica**. El plan hace un seguimiento de lo que usted paga en costos médicos y aplica los costos elegibles (consulte el glosario) hacia ciertos hitos (consulte el deducible y el desembolso directo máximo en la página siguiente). Cuando sus costos alcanzan estos hitos, usted pasa a la siguiente etapa de su plan. Su parte de los costos se reduce a medida que alcanza cada etapa.

Estas son las descripciones de las cuotas del plan de salud, de los costos médicos y de los hitos:

## CUOTAS DEL PLAN DE SALUD



### Prima

**Su pago regular a su plan de salud (de forma mensual, por cheque de pago, etc.).**

Su empleador paga parte de la prima.



Su prima **no se tiene en cuenta para** su deducible o desembolso directo máximo.

## COSTOS MÉDICOS



**Copagos** (su plan puede o no tener copagos)

**Un costo fijo que usted paga cada vez que recibe atención médica o una receta.**

Los copagos pueden variar según dónde reciba la atención (de forma virtual, en una clínica, atención de urgencia, etc.).



Sus copagos no se tienen en cuenta para su deducible, pero **sí cuentan para** su desembolso directo máximo.



### Costos médicos cubiertos

**Los servicios médicos que su plan cubre.**

“Cubierto” significa que su plan paga por algunos o por todos los costos. Esto es diferente en cada plan.

**Costos por encima de la cantidad permitida:** el plan de salud y los proveedores de la red (consulte el glosario) han acordado una “cantidad permitida” (lo máximo que un proveedor puede cobrarle). Si recibe un servicio cubierto de un proveedor no participante (consulte el glosario) que cobra por encima de la cantidad permitida, este costo adicional es su responsabilidad.



Sus costos cubiertos **normalmente cuentan para** su deducible y para su desembolso directo máximo.



Los costos por encima de la cantidad permitida **no se tienen en cuenta para** su deducible ni para su desembolso directo máximo.



### Servicios no cubiertos

**“No cubierto” se refiere a servicios médicos no cubiertos por su plan.**

Si recibe estos servicios, usted los paga en su totalidad.



Los servicios no cubiertos por su plan **no se tienen en cuenta para** su deducible ni para su desembolso directo máximo.

## HITOS Y ETAPAS DE SU PLAN DE SALUD



### Deducible (su plan puede tener o no un deducible)

Cuando comienza su plan, usted se encuentra en la primera etapa en la que paga por todos los servicios médicos cubiertos. Cuando estos costos alcanzan cierta cantidad (el deducible), usted pasa a la siguiente etapa.



Su deducible **cuenta para** su desembolso directo máximo.



### Coseguro

Esta etapa comienza después que usted alcanza su deducible. Ahora, usted y el plan pagan cada uno un porcentaje por los servicios cubiertos.

Ejemplo: El coseguro 80/20 significa que el plan paga el 80 por ciento y usted paga el 20 por ciento.



El coseguro **cuenta para** su desembolso directo máximo.



### Desembolso directo máximo

Esta es la última etapa de su plan. Cuando los costos médicos que pagó alcanzan una cierta cantidad (el desembolso directo máximo), el plan de salud paga todos sus costos médicos cubiertos por el resto del año del plan.\*

\*Costos médicos cubiertos hasta el máximo de por vida.

## EXPLICACIÓN DE LOS HITOS Y LAS ETAPAS DEL PLAN

1. Cuando comienza su plan, usted se encuentra en la primera etapa. Usted paga por todos los costos médicos cubiertos hasta que alcanza el **deducible**.
2. Después de alcanzar su deducible, entra a la próxima etapa. Ahora solo paga un porcentaje de sus costos médicos y el plan de salud paga el resto. Esta es la etapa del **coseguro** de su plan.
3. La etapa del coseguro dura hasta que usted alcanza el **desembolso directo máximo**. En ese momento, el plan comienza a pagar todos sus costos médicos cubiertos por el resto del año del plan.



## CÓMO SE PROCESAN SUS RECLAMOS

1

Usted acude a su proveedor de atención médica.



2

Su proveedor presenta el reclamo (dentro de la red).



3

Usted recibe una Explicación de beneficios de atención médica (EOB). (Esto no es una factura).



4

Recibe un estado de cuenta de su proveedor. Asegúrese de que concuerde con su EOB.



5

Usted le paga al proveedor su parte de los costos.



# Cómo entender sus redes

## REDES

Una red es un grupo de proveedores médicos (médicos, clínicas y hospitales) con los que su plan de salud tiene un acuerdo. El acuerdo significa que usted obtiene un descuento en la atención médica cuando acude a estos proveedores. Si usted tiene proveedores preferidos, querrá verificar si están en la red que está considerando. (Puede ver si su proveedor está en la red con la herramienta "Find a Doctor" Buscar un médico en su sitio web del miembro).

### Tipos de red

**Organización de Proveedor Preferido (Preferred provider organization, PPO)** – Con este tipo de red, usted puede acudir a cualquier médico de su red; no se requiere referencia.

## REDE NACIONALES E INTERNACIONALES

- La PPO de BlueCard®: Acceso a más de 1.7 millones de proveedores en todo el país.

Cada plan de Blue Cross y/o de Blue Shield es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Cada proveedor de atención médica es un contratista independiente, no es nuestro agente. Le corresponde al miembro confirmar la participación del proveedor en la red antes de recibir servicios. Blue Cross Blue Shield Global Core es una marca registrada de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross y/o Blue Shield.

**Red Aware®:** La red más grande que ofrece acceso a prácticamente todos los médicos y hospitales de Minnesota.

## ATENCIÓN PREVENTIVA

**La mayoría de las visitas preventivas se cubren al**

 **100%**

**cuando consulta a un médico de la red.**

## ¿ES UN PROVEEDOR DE LA RED?

Para ver si un médico, una clínica o un hospital está en una red específica, inicie sesión en

[bluecrossmn.com/findadoctor](http://bluecrossmn.com/findadoctor) y use la herramienta "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame al Servicio de

## ¿NECESITO UNA REFERENCIA?

Para la mayoría de las redes, no necesita una referencia para ver a un especialista de su red. Los especialistas de la red están enumerados en la herramienta en línea "Find a Doctor" (Buscar un médico) o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.

# Cómo elegir un plan: piense en sus necesidades

Al elegir un plan, piense acerca de cuánta atención médica (incluidas las recetas) usted (y sus dependientes) prevén necesitar dentro del año del plan. Piense también en su situación financiera y si es importante para usted mantener a sus proveedores actuales.



## EN GENERAL:

- **Prima más alta** = costos de desembolso directo más bajos
- **Prima más baja** = costos de desembolso directo más altos

## Los costos de desembolso directo incluyen los siguientes:

- Deducible
- Copagos
- Coseguro
- Servicios no cubiertos
- Costos por encima de la cantidad permitida

(Consulte el glosario para conocer las definiciones)

## ¿USTED (Y SUS DEPENDIENTES) PREVÉN LO SIGUIENTE?:

- Consultar al médico con regularidad.  Sí  No
- Necesitar recetas, medicamentos especializados o equipo médico de manera regular.  Sí  No
- Tener una cirugía, un parto u otra atención médica importante.  Sí  No



	SI SE MARCARON MÁS CASILLAS "SÍ"...	SI SE MARCARON MÁS CASILLAS "NO"...
Tipo de plan recomendado	Un plan de prima más alta/ deducible más bajo	Un plan de prima más baja/ deducible más alto
¿Por qué se recomienda esto?	Si usted paga más en su prima, sus costos de desembolso directo serán menores cuando reciba atención.	Si no prevé necesitar mucha atención médica, puede elegir pagar menos en su prima.
Precauciones	Asegúrese de poder pagar la prima más alta, ya que pagará esto de manera regular.	Asegúrese de poder pagar el desembolso directo de los costos médicos si necesita atención de manera inesperada.

## ¿Es importante para usted mantener a su médico actual?



En caso afirmativo, asegúrese de verificar si ese médico pertenece a la red que está considerando. Si el proveedor no está en la red, le costará más la consulta con este médico. Averigua si un proveedor está en la red llamando al Servicio al Cliente, o visita [bluecrossmn.com/findadoctor](http://bluecrossmn.com/findadoctor) y utiliza la herramienta "Find a Doctor" (Buscar un médico).

**Sleep Number Corporation**  
**PPO Plan Summary**  
**January 1, 2023**

**Coinsurance reflects member responsibility**

	In network* MN Network: Aware National Network: BlueCard PPO	Out of network**
<b>Calendar-year deductible</b> The in- and out-of-network maximums accumulate separately. Deductible is embedded.	\$1,000 individual \$2,000 family	\$2,000 individual \$4,000 family
<b>Coinsurance Level – What the member pays</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Calendar-year out-of-pocket maximum</b> The in- and out-of-pocket maximums accumulate separately. Non-covered charges and charges in excess of the allowed amount do not apply to the out-of-pocket maximum.	\$3,500 individual \$7,000 family	\$7,000 individual \$14,000 family
<b>Benefit payment levels</b>	Payment for participating network providers as described. Most payments are based on allowed amount.	If nonparticipating provider services are covered, you are responsible for the difference between the billed charges and allowed amount. Most payments are based on allowed amount.
<b>Preventive care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• well-child care to age 6</li> <li>• prenatal care</li> <li>• preventive medical evaluations age 6 and older</li> <li>• cancer screening</li> <li>• preventive hearing and vision exams</li> <li>• immunizations and vaccinations</li> </ul>	0%; Deductible does not apply 0%; Deductible does not apply	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance
<b>Omada®</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabetes management program</li> <li>• diabetes and cardiovascular disease prevention program</li> </ul>	0%; Deductible does not apply 0%; Deductible does not apply	No coverage No coverage
<b>Physician services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• e-visits</li> <li>• Doctor on Demand</li> <li>• retail health clinic (office visit)</li> <li>• physician office visits</li> <li>• office and outpatient lab services</li> <li>• office and outpatient lab diagnostic imaging</li> <li>• allergy injections and serum</li> <li>• specialist office visits</li> <li>• specialist office and outpatient lab services</li> <li>• Urgent Care professional office visit</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance 0% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance No coverage Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance
<b>Other professional services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chiropractic manipulation (office visit)</li> <li>• chiropractic therapy</li> <li>• home health care</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, speech therapy (office visit)</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, speech therapy (therapy)</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance  Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance  Deductible then 30% coinsurance
<b>Hospital Inpatient services</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Hospital Outpatient services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• facility lab services</li> <li>• facility diagnostic imaging</li> <li>• chemotherapy and radiation therapy</li> <li>• scheduled outpatient surgery</li> <li>• urgent care services (facility services)</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance

	In network* MN Network: Aware National Network: BlueCard PPO	Out of network**
<b>Emergency care</b> • emergency room (facility charges) • professional charges • ambulance (medically necessary transport to the nearest facility equipped to treat the condition)		Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance
<b>Durable Medical Equipment</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Bariatric surgery</b>	Deductible then 20% coinsurance	No coverage
<b>Assisted Fertilization</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Behavioral health (mental health and substance abuse services)</b> • inpatient professional services • outpatient professional services (office visits) • outpatient hospital/facility services	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance
<b>Prescription drugs – Select Network</b> • <b>retail</b> (30-day limit) <b>KeyRx drug list</b> • Tier 1 • Tier 2 • Tier 3 • Tier 4  • <b>90dayRx – Mail order pharmacy</b> (90-day limit) <b>KeyRx drug list</b> • Tier 1 • Tier 2 • Tier 3 • Tier 4  • <b>90dayRx – Retail pharmacy</b> (90-day limit) <b>KeyRx drug list</b> • Tier 1 • Tier 2 • Tier 3 • Tier 4	 \$11.00 copay 25% coins w/min \$20/max \$40 25% coins w/min \$25/max \$50 25% coins w/min \$70/max \$140  \$18 copay 25% coins w/min \$50/max \$100 25% coins w/min \$65/max \$125 25% coins w/min \$175/max \$350  \$18 copay 25% coins w/min \$50/max \$100 25% coins w/min \$65/max \$125 25% coins w/min \$175/max \$350	 \$11.00 copay 25% coins w/min \$20/max \$40 25% coins w/min \$25/max \$50 25% coins w/min \$70/max \$140  No coverage No coverage No coverage No coverage  No coverage No coverage No coverage No coverage
	90dayRx applies to participating retail and/or mail service pharmacy only. Identified specialty drugs purchased through a specialty pharmacy network supplier are eligible for coverage (no coverage for specialty drugs purchased through a nonparticipating specialty pharmacy supplier). The drug list uses a step therapy program. Sign in at <a href="http://bluecrossmn.com">bluecrossmn.com</a> and select "Prescriptions," then see "frequently asked questions."	

Your out-of-pocket costs depend on the network status of your provider. To check status, call Blue Cross customer service or visit [bluecrossmn.com](http://bluecrossmn.com).

\***Lowest out-of-pocket costs:** in-network providers

\*\***Highest out-of-pocket costs:** out-of-network **nonparticipating** providers (You are responsible for the difference between Blue Cross' allowed amount and the amount billed by nonparticipating providers. This is in addition to any applicable deductible, copay or coinsurance. Benefit payments are calculated on Blue Cross' allowed amount, which is typically lower than the amount billed by the provider.)

This is only a summary. Read your benefit booklet for more information about what is and isn't covered. Services that aren't covered include those that are cosmetic, investigative, not medically necessary or covered by workers' compensation or no-fault insurance.

For more information, visit [bluecrossmn.com](http://bluecrossmn.com) or call Blue Cross customer service at the number on the back of your member ID card.

The Omada program is from Omada Health, Inc., an independent company providing digital intensive behavioral counseling program.

**Embedded deductible** – The plan begins paying benefits that require cost sharing for the first family member who meets the individual deductible. The family deductible must then be met by one or more of the remaining family members and then the plan pays benefits for all covered family members.



**Sleep Number Corporation**  
**High Deductible Health Plan (HDHP) Summary**  
**January 1, 2023**

**Coinsurance reflects member responsibility**

	In network* MN Network: Aware National Network: BlueCard PPO	Out of network**
<b>Calendar-year deductible</b> The in- and out-of-network maximums accumulate separately. Deductible is non-embedded.	\$2,000 individual \$4,000 family	\$4,000 individual \$8,000 family
<b>Coinsurance Level – What the member pays</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Calendar-year out-of-pocket maximum</b> The in- and out-of-pocket maximums accumulate separately. Non-covered charges and charges in excess of the allowed amount do not apply to the out-of-pocket maximum.	\$4,500 individual \$9,000 family  *capped at \$6,850 per individual within a family contract	\$9,000 individual \$18,000 family  *capped at \$6,850 per individual within a family contract
<b>Benefit payment levels</b>	Payment for participating network providers as described. Most payments are based on allowed amount.	If nonparticipating provider services are covered, you are responsible for the difference between the billed charges and allowed amount. Most payments are based on allowed amount.
<b>Preventive care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• well-child care to age 6</li> <li>• prenatal care</li> <li>• preventive medical evaluations age 6 and older</li> <li>• cancer screening</li> <li>• preventive hearing and vision exams</li> <li>• immunizations and vaccinations</li> </ul>	0%; Deductible does not apply 0%; Deductible does not apply	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance
<b>Omada®</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabetes management program</li> <li>• diabetes and cardiovascular disease prevention program</li> </ul>	0%; Deductible does not apply 0%; Deductible does not apply	No coverage No coverage
<b>Physician services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• e-visits</li> <li>• Doctor on Demand</li> <li>• retail health clinic (office visit)</li> <li>• physician office visits</li> <li>• office and outpatient lab services</li> <li>• office and outpatient lab diagnostic imaging</li> <li>• allergy injections and serum</li> <li>• specialist office visits</li> <li>• specialist office and outpatient lab services</li> <li>• Urgent Care professional office visit</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance 0% coinsurance after deductible Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance No coverage Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance
<b>Other professional services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chiropractic manipulation (office visit)</li> <li>• chiropractic therapy</li> <li>• home health care</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, speech therapy (office visit)</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, speech therapy (therapy)</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance  Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance  Deductible then 30% coinsurance
<b>Hospital Inpatient services</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Hospital Outpatient services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• facility lab services</li> <li>• facility diagnostic imaging</li> <li>• chemotherapy and radiation therapy</li> <li>• scheduled outpatient surgery</li> <li>• urgent care services (facility services)</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance

	In network* MN Network: Aware National Network: BlueCard PPO	Out of network**
<b>Emergency care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• emergency room (facility charges)</li> <li>• professional charges</li> <li>• ambulance (medically necessary transport to the nearest facility equipped to treat the condition)</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	
<b>Durable Medical Equipment</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Bariatric surgery</b>	Deductible then 20% coinsurance	No coverage
<b>Assisted Fertilization</b>	Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance
<b>Behavioral health (mental health and substance abuse services)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inpatient professional services</li> <li>• outpatient professional services (office visits)</li> <li>• outpatient hospital/facility services</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance Deductible then 30% coinsurance
<b>Prescription drugs – Select Network</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• retail (30-day limit)</li> </ul> <b>KeyRx preferred drug list-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tier 1</li> <li>• Tier 2</li> <li>• Tier 3</li> <li>• Tier 4</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90dayRx – Mail order pharmacy (90-day limit)</li> </ul> <b>KeyRx preferred drug list</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tier 1</li> <li>• Tier 2</li> <li>• Tier 3</li> <li>• Tier 4</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90dayRx – Retail pharmacy (90-day limit)</li> </ul> <b>KeyRx preferred drug list</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tier 1</li> <li>• Tier 2</li> <li>• Tier 3</li> <li>• Tier 4</li> </ul>	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance  Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance  Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance	Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance Deductible then 20% coinsurance  No coverage No coverage No coverage No coverage  No coverage No coverage No coverage No coverage
	90dayRx applies to participating retail and/or mail service pharmacy only. Identified specialty drugs purchased through a specialty pharmacy network supplier are eligible for coverage (no coverage for specialty drugs purchased through a nonparticipating specialty pharmacy supplier). The drug list uses a step therapy program. Sign in at <a href="http://bluecrossmn.com">bluecrossmn.com</a> and select "Prescriptions," then see "frequently asked questions."	

Your out-of-pocket costs depend on the network status of your provider. To check status, call Blue Cross customer service or visit [bluecrossmn.com](http://bluecrossmn.com).

\***Lowest out-of-pocket costs:** in-network providers

\*\***Highest out-of-pocket costs:** out-of-network **nonparticipating** providers (You are responsible for the difference between Blue Cross' allowed amount, and the amount billed by nonparticipating providers. This is in addition to any applicable deductible, copay or coinsurance. Benefit payments are calculated on Blue Cross' allowed amount, which is typically lower than the amount billed by the provider.)

This is only a summary. Read your benefit booklet for more information about what is and isn't covered. Services that aren't covered include those that are cosmetic, investigative, not medically necessary or covered by workers' compensation or no-fault insurance.

For more information, visit [bluecrossmn.com](http://bluecrossmn.com) or call Blue Cross customer service at the number on the back of your member ID card.

The Omada program is from Omada Health, Inc., an independent company providing digital intensive behavioral counseling program.

**Non-embedded deductible** – The plan begins paying benefits that require cost sharing when the entire family deductible is met. The deductible can be met by one or a combination of several family members. The individual deductible applies to single coverage only.

# Sepa a dónde ir para recibir atención

Saber adónde ir para recibir la atención adecuada puede ayudarte a ahorrar tiempo y dinero. Familiarízate con tus opciones ahora, antes de que necesites atención.

CUANDO NECESITAS	USA	ACCESO/DISPONIBILIDAD	TIEMPO DE ESPERA	COSTO
 <b>ASESORAMIENTO MÉDICO</b>	<b>Telesalud</b> Problemas de salud comunes	Llama a tu clínica para conocer la disponibilidad.	 -  Breve a intermedio	\$0 – \$
 <b>ATENCIÓN RÁPIDA</b>	<b>Atención en línea</b> Resfríos, tos o gripe, infecciones de la vejiga, salud mental*	Visita <a href="https://www.doctorondemand.com/">doctorondemand.com/</a> <a href="https://www.bluecrossmn.com/">bluecrossmn</a> las 24 horas del día, los siete días de la semana o consulta con tu proveedor.	 Breve	\$
 <b>ATENCIÓN HOY MISMO</b>	<b>Clínica de conveniencia</b> Enfermedades o lesiones menores, exámenes de detección y vacunas	No se requiere cita. A menudo disponibles en las noches y los fines de semana.	 Breve	\$\$
 <b>ATENCIÓN PRONTO</b>	<b>Visita al consultorio</b> Atención preventiva, exámenes de detección y vacunas, o derivaciones a atención especializada	Llama a tu clínica para programar una cita. Los días y el horario varían.	 Varía	\$\$ – \$\$\$
 <b>ATENCIÓN AL INSTANTE</b>	<b>Atención de urgencia</b> Cortes menores, torceduras y quemaduras, erupciones cutáneas, fiebre y gripe, radiografías y análisis de laboratorio	No se requiere cita. Disponible los siete días de la semana, pero los horarios específicos varían.	 Varía	\$\$\$\$
 <b>ATENCIÓN INMEDIATA</b>	<b>Sala de emergencia (ER, en inglés)</b> Dolor en el pecho, falta de aire, sangrado incontrolado, envenenamiento u otras enfermedades o lesiones potencialmente mortales	Llama de inmediato al 911 o acude a la sala de emergencias más cercana en cualquier momento.	 Mayor, a menos que ponga en riesgo la vida	\$\$\$\$\$

Ten en cuenta lo siguiente: Las condiciones enumeradas se proporcionan solo a modo de ejemplo y no constituyen una lista completa.

\*Las visitas de salud mental se realizan solo con cita de 7 a.m. a 10 p.m., hora local.

Doctor On Demand® de Included Health es una compañía independiente que brinda servicios de telesalud.

Verifique que su médico y clínica/hospital pertenezcan a su red antes de recibir atención. De esta forma, se asegurará de recibir el mayor nivel de beneficios. Cada proveedor de atención médica es un contratista independiente, no es nuestro agente.

# Cómo funcionan sus beneficios de farmacia

Blue Cross trabaja con Prime Therapeutics para proporcionarte una red de farmacias (farmacias que tienen un acuerdo con Blue Cross) y una lista de medicamentos aprobados (una lista de medicamentos con receta médica aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos [FDA, en inglés] cubiertos por tu plan). El uso de la red de farmacias y los medicamentos de la lista de medicamentos aprobados puede ayudarte a ahorrar dinero.

**Encuentre una farmacia dentro de la red** Para encontrar una farmacia minorista en tu red, inicia sesión en el sitio web para miembros (ubicado en el reverso de tu tarjeta de identificación de miembro). Muestra tu tarjeta de identificación de miembro en la farmacia y pagarás automáticamente el mejor precio disponible por tu medicamento con MedsYourWay™, y los medicamentos que están cubiertos por tu plan de salud contarán para el deducible y desembolso directo máximo.\*

(Nota: Si va a una farmacia fuera de la red, quizá deba pagar el costo total de su receta.)

\*MedsYourWay no es un seguro. Selecciona el precio más bajo disponible entre las tarjetas de descuento de medicamentos y la cobertura de tu plan de salud.

**Medicamentos con receta médica para 90 días** Si tomas un medicamento a largo plazo, puedes ahorrar tiempo solicitando un surtido de hasta 90 días en farmacias minoristas participantes dentro de la red o mediante pedido por correo. A fin de registrarte para la entrega a domicilio, inicia sesión en el sitio web para miembros.

**Farmacias especializadas** Los medicamentos especializados para enfermedades complejas (como la psoriasis, la esclerosis múltiple o la hemofilia) generalmente cuestan más o requieren apoyo adicional, y están disponibles solamente a través de farmacias especializadas. Tu plan requiere que uses una farmacia de la red de farmacias de Blue Cross Specialty para estos medicamentos. Visita el sitio web para miembros o llama al Servicio al Cliente para obtener información.

## VERIFICA SI UN MEDICAMENTO ESTÁ CUBIERTO

Para ver si un medicamento está en tu lista de medicamentos aprobados, inicia sesión en el sitio web para miembros. Es posible que los medicamentos que no se encuentren en tu lista de medicamentos te cuesten más.

## ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Blue Cross tiene programas de gestión de la utilización para ayudar a garantizar que obtengas los medicamentos correctos para tus necesidades:

- **Autorización previa:** Asegura la prescripción y el uso apropiados antes de que un medicamento esté cubierto. La cobertura puede aprobarse después de que se cumplan ciertos criterios.
- **Límites de cantidad:** La cantidad máxima del medicamento permitida para cada surtido. Los límites de cantidad se basan en el número de días o el número de unidades (píldoras, cápsulas, onzas, etc.). Estos límites promueven el uso seguro y rentable de medicamentos.
- **Terapia de pasos:** Requiere que pruebes un medicamento que puede resultar más seguro, más efectivo clínicamente y, en algunos casos, más económico, antes de que se aprueben los medicamentos más costosos.

### Su red de farmacias:

Select Pharmacy Network

### Su lista de medicamentos aprobados:

KeyRx



Para obtener más detalles sobre su plan de farmacia o sobre la lista de medicamentos aprobados, inicie sesión en el sitio web del miembro o llame al servicio de atención al cliente.

Prime Therapeutics LLC es una compañía independiente que brinda servicios de administración de beneficios de farmacia.

Todas las farmacias son compañías independientes que brindan servicios farmacéuticos.

# Recursos de salud y bienestar

**Obtenga más para su salud.** Desde reducir el estrés y controlar el peso, hasta encontrar el cuidado adecuado o comparar las opciones de tratamiento, tiene las herramientas y los recursos que necesita para tener una mejor salud a su alcance.

## OPCIONES DE ATENCIÓN

### Blue Distinction Centers® (BDC)

Reciba atención de calidad de proveedores que han ganado reconocimiento nacional por la atención de alta calidad y el bajo costo.

- Busque la designación BDC en la herramienta “Find a Doctor” (buscar un médico).

Los Blue Distinction Center (BDC) cumplieron las medidas de calidad generales de resultados y de seguridad del paciente desarrolladas con el aporte de la comunidad médica. La denominación BDC se refiere a que la experiencia general de estas clínicas y los criterios globales cumplieron con los criterios objetivos que se establecieron en colaboración con las recomendaciones de médicos expertos y organizaciones profesionales líderes. Los resultados individuales podrían variar. Para saber qué servicios están cubiertos por su plan en cualquier centro, llame al número de Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro antes de programar una cita, para verificar la información más actualizada sobre la participación en la red y el estado de Blue Distinction.

### Atención en línea

Acceda a médicos, psiquiatras y psicólogos de Doctor On Demand® certificados por la Junta a través de un teléfono inteligente, una tableta o una computadora.

- Visite [doctorondemand.com/bluecrossmn](http://doctorondemand.com/bluecrossmn)

Doctor On Demand® de Included Health es una compañía independiente que brinda servicios

de telesalud.

### Programas de salud del comportamiento en línea

¿Te preocupa el consumo de sustancias, el estrés, el insomnio, la depresión o la ansiedad social, el pánico o la resiliencia? Learn to Live es un programa en línea que está disponible en cualquier momento para ayudarlo a superar cualquiera de estos problemas.

- Visite [learntolive.com/partners](http://learntolive.com/partners) e ingrese el código SLEEPNUMBER

Learn to Live, Inc. es una compañía independiente que ofrece programas y herramientas de apoyo para la salud conductual.



## RECURSOS DE APOYO

### Evaluación de salud

Complete un cuestionario en línea para determinar su RealAge® (edad biológica) y encuentre formas de mejorarla.

- Inicie sesión en [bluecrossmn.sharecare.com](http://bluecrossmn.sharecare.com)

RealAge® es una marca registrada de Sharecare, una empresa independiente que proporciona una plataforma de participación de salud y bienestar. Las ofertas están sujetas a cambios.

### Mercado de descuento del bienestar

Obtenga ahorros significativos en bienes y servicios de cuidado personal, aptitud física y bienestar con Blue365®.

- Visite [blue365deals.com/bcbsmn](http://blue365deals.com/bcbsmn) o inicie sesión en su sitio web del miembro.

Blue365® es una marca registrada de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y/o Blue Shield.

### Control de salud

Reciba apoyo profesional para controlar afecciones médicas crónicas o graves. Incluye educación, apoyo al plan de tratamiento e información de recursos comunitarios.

- Llame al 1-800-961-4758

### Control de la maternidad

Reciba apoyo y orientación de un administrador de casos de maternidad.

- Llame al 1-866-489-6948

### Dejar el tabaco y el vapeo

Aproveche la orientación personalizada para hacer un plan de abandono y reciba el apoyo continuo de un instructor de bienestar.

- Visite [bluecrossmn.com](http://bluecrossmn.com) o llame al 1-888-662-BLUE (2583). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### Prevención de la diabetes y de enfermedades cardíacas

Obtenga orientación de salud profesional en línea y herramientas y recursos de respaldo, incluida una balanza digital, a través de Omada® para evitar la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

- Visite [omadahealth.com/SLEEPNUMBER](http://omadahealth.com/SLEEPNUMBER). Consulte los documentos de su plan para conocer los detalles.

El programa Omada es de Omada Health, Inc., una compañía independiente que brinda un programa de atención digital.



## FOR A HEALTHIER TOMORROW, SCHEDULE YOUR PREVENTIVE VISIT TODAY

The best time to start thinking about your health is *before* you get sick, and routine checkups can catch health problems early.

Learn more at [bluecrossmn.com/visits](http://bluecrossmn.com/visits).



### ONLINE BEHAVIORAL HEALTH

## EMOTIONS GETTING THE BEST OF YOU?

Learn to Live offers confidential, online help with substance use, insomnia, stress, excessive worry or depression.

Learn more today.

# Los principales aspectos que debe conocer para comprender su plan

## P ¿Cuál es la diferencia entre participante, no participante, dentro de la red y fuera de la red?

R PARTICIPANTE		NO PARTICIPANTE
El proveedor/la farmacia tiene un acuerdo con su plan de salud		El proveedor/la farmacia NO tiene un acuerdo con su plan de salud
Proveedor/farmacia de la red	Proveedor/farmacia fuera de la red	Y El proveedor/la farmacia NO está en la red de su plan
\$	\$\$	\$\$\$

Cada proveedor es un contratista independiente y no es nuestro agente.

P ¿A quién debo pagar cuando mi EOB dice que debo dinero?	R No pague nada cuando reciba una EOB. Recibirá una factura del proveedor. Esto es lo que paga.
P ¿Necesito una autorización previa?	R Algunos procedimientos requieren una aprobación antes de recibir los servicios. Esto se denomina "autorización previa." Un equipo clínico revisará las recomendaciones de tratamiento para corroborar que se brinde la atención más adecuada en el momento oportuno. Llame al servicio de atención al cliente para averiguar si su procedimiento requiere autorización previa.
P ¿Cómo puedo saber si un médico, una clínica o un hospital está en mi red?	R Puede averiguar si un proveedor está en su red utilizando la herramienta "Find a Doctor" (Buscar un médico) en <a href="http://bluecrossmn.com/login">bluecrossmn.com/login</a> o llamando al Servicio de Atención al Cliente.
P ¿Cómo accedo al sitio web del miembro y qué puedo encontrar allí?	R Con su tarjeta de identificación de miembro, regístrese en <a href="http://bluecrossmn.com/findadoctor">bluecrossmn.com/findadoctor</a> . Una vez registrado, usted puede realizar lo siguiente: Encontrar médicos, clínicas, hospitales y farmacias; ver sus reclamos y las Explicaciones de beneficios de atención médica (Explanation of Benefits, EOB); enviar correos electrónicos seguros al Servicio de Atención al Cliente; ver, imprimir, enviar por correo electrónico o pedir sus tarjetas de identificación de miembro; consultar los balances de las cuentas financieras de salud (si corresponde); acceder a recursos de salud y bienestar.

## P ¿Cuál es la diferencia entre un deducible integrado y no integrado?

R Los deducibles integrados y no integrados se aplican a los planes familiares.

### Deducible (definición)

Cuando comienza su plan, usted se encuentra en la primera etapa en la que paga por todos los servicios médicos cubiertos. Cuando estos costos alcanzan cierta cantidad (el deducible), usted pasa a la siguiente etapa donde el plan de salud paga por algunos de sus costos médicos (coseguro).

### Deducible integrado

Cuando un miembro de la familia alcanza el deducible por persona, el plan de salud comienza a pagar algunos de los costos médicos de esa persona. Cuando se alcanza el deducible familiar, el plan paga algunos de los costos médicos para todos los miembros de la familia.

### Deducible no integrado

Cuando se alcanza el deducible familiar, el plan comienza a compartir los costos para cada miembro. El deducible puede ser alcanzado por un miembro o por una combinación de miembros de la familia.

# Glosario: términos que debe conocer

Su plan de salud tendrá más sentido si conoce algunos términos importantes.

**Cantidad permitida:** El monto que Blue Cross ha acordado pagarle a un proveedor específico por un servicio cubierto.

**Coseguro:** esta estructura de pago comienza después de alcanzar su deducible. En el coseguro, usted y el plan pagan un porcentaje por los servicios cubiertos. Ejemplo: el coseguro 80/20 significa que el plan paga el 80 por ciento y usted paga el 20 por ciento.

**Clínica de conveniencia o minorista:** estas clínicas tratan una lista limitada de enfermedades comunes. Generalmente, se encuentran dentro de un centro comercial o cerca de uno.

**Copago:** (su plan puede o no tener copagos). Una tarifa que pagas cada vez que recibes atención o una receta. Los copagos pueden variar según dónde reciba la atención (de forma virtual, en una clínica, atención de urgencia, etc.).

**Costos compartidos:** se refiere a que el miembro comparte los costos médicos con el plan de salud a través de copagos, deducibles y coseguros.

**Deducible:** El monto en dólares que debes pagar por la mayoría de los servicios cubiertos cada año calendario antes de que el plan de salud comience a pagar los beneficios. Junto con los costos del servicio cubiertos, sus copagos (si su plan los tiene) pueden contar para su deducible.

**Servicios elegibles o cubiertos:** atención médica que cubre su plan.

**Explicación de beneficios de atención médica (EOB):** una carta que recibe después de haber recibido atención que muestra los costos, el monto previsto que pagará el plan de salud y el monto previsto que pague usted. No paga nada cuando recibe una EOB.

**Lista de medicamentos o lista de medicamentos aprobados:** Una lista de medicamentos con receta médica aprobados por la FDA cubiertos por tu plan de salud.

**Plan de salud:** puede referirse a su compañía de seguro médico o su plan de salud específico.

**Dentro de la red:** proveedores o farmacias en la red de su plan que le brindan la mayor cobertura (a un costo menor). Nota: Un "proveedor de la red" no es lo mismo que un "proveedor participante".

**Sitio web del miembro:** un sitio web seguro para acceder a los detalles del plan, a la información de costos, y a las herramientas de salud y de bienestar.

**Proveedor no participante:** un proveedor que no tiene un contrato con el plan de salud. Usted paga la totalidad cuando usa estos proveedores. Nota: Un proveedor no participante no

es lo mismo que un proveedor fuera de la red.

**Fuera de la red:** un proveedor o farmacia que tiene un contrato con el plan de salud, pero que no es parte de su red del plan. Es posible que deba pagar más cuando usa estos proveedores/estas farmacias. Nota: Un proveedor fuera de la red no es lo mismo que un proveedor no participante.

**Costos/gastos de desembolso directo:** se refiere a los costos que el miembro paga: prima, copago, deducible, coseguro, y servicios no cubiertos o costos por encima de la cantidad permitida.

**Desembolso directo (Out-of-pocket, OOP) máximo:** este es el último hito que alcanza al pagar por los servicios médicos cubiertos. Una vez que alcanza este monto, el plan paga todos los servicios cubiertos dentro de la red para el resto del año del plan.

**Proveedor participante:** un proveedor que tiene un contrato con el plan de salud y puede estar dentro o fuera de su red del plan. Nota: Un proveedor participante no es lo mismo que un proveedor de la red.

**Prima:** su pago mensual (como una tarifa de membresía). Su empleador paga parte de la prima. También es posible que pueda pagar su prima desde su cheque de pago y antes de impuestos.

**Proveedor:** Se refiere a médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros profesionales de atención médica.

**Servicio (también llamado "atención"):** Procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos con receta médica.

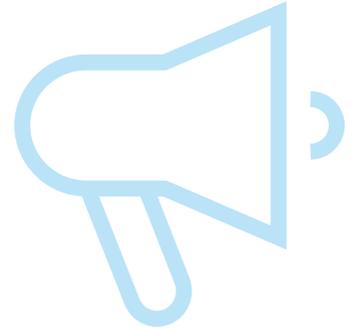
# Reciba la última información

## BOLETÍN DE AVISO ANUAL PARA EL MIEMBRO

Encuentre información valiosa en el boletín de aviso anual para el miembro de Blue Cross, por ejemplo:

- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Programa de mejora de la calidad
- Información sobre control de enfermedades/afecciones y casos
- Beneficios y acceso a servicios médicos
- Información sobre beneficios de farmacia, como la lista de medicamentos aprobados, los límites de cantidad y los procesos de excepción
- Uso y divulgación de información de salud protegida (protected health information, PHI)
- Decisiones de autorización previa y limitaciones de beneficios
- Cómo solicitar una revisión independiente
- Transición de la atención pediátrica a la adultez

Visite [bluecrossmn.com/qualityimprovement](https://bluecrossmn.com/qualityimprovement) para ver el aviso o llame al Servicio de Atención al Cliente para recibirlo por correo postal.



## DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL MIEMBRO

La Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) le otorga el derecho de saber qué información personal y de salud recopilan las compañías de seguros, por qué se recopila esta información y qué se hace con ella. Para consultar nuestra política de privacidad, visite [bluecrossmn.com](https://bluecrossmn.com) (“Aviso legal y de privacidad” en la parte inferior de la página) o llame al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una copia del “Aviso de prácticas de privacidad”.

## CONFIABILIDAD DE LA PARTE D DE MEDICARE

Los miembros de Medicare deben verificar la información de su plan o pedirle a su empleador que se asegure de que su plan sea confiable para la Parte D de Medicare.







# Mejor juntos

