

Cláusula adicional
sobre los Servicios para Audífonos

Cláusula adicional grupal
HMO/POS

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Beneficios Cubiertos con este Beneficio de servicios para audífonos de Blue Shield of California.

Beneficios	Su Pago
<i>Hasta un máximo de \$2,000 por Miembro en cualquier período de 24 meses. Los servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario.</i>	
Servicios para Audífonos	Cuando se usa cualquier proveedor
Exámenes de audífonos para elegir el tipo de audífono apropiado y/o para pruebas, asesoramiento y ajustes	
Controles de audífonos	
Evaluaciones electroacústicas para los audífonos	Todos los cargos mayores de \$2,000
Audífono monoauricular o binauricular con molde(s) auricular(es), batería inicial y cables	

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

Además de los Beneficios que están en su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), su cláusula adicional brinda cobertura para servicios para audífonos según se describe en este documento suplementario. Estos Beneficios de servicios para audífonos son independientes de su Plan de salud, pero están sujetos a las disposiciones, limitaciones y exclusiones generales incluidas en su Evidencia de Cobertura.

Como Blue Shield no tiene una red de proveedores contratados para estos servicios, los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional pueden recibirse de cualquier proveedor; además, puede hacer una reclamación en Blue Shield para que le hagan un reembolso.

Beneficios

Los Beneficios están disponibles para servicios para audífonos como se explica en el Resumen de Beneficios. Los servicios están limitados a un pago máximo por Miembro en cualquier período, pero no están sujetos al Deducible por Año Calendario.

Blue Shield le reembolsará los Beneficios Cubiertos hasta el máximo incluido en el Resumen de Beneficios.

Cómo enviar un Formulario de Reclamación

Blue Shield les pagará a los Miembros directamente por los servicios recibidos. Las reclamaciones por pagos deben hacerse ante Blue Shield dentro del año después del mes en que se brindaron los servicios. Blue Shield le informará su decisión al Miembro dentro de los 30 días de haber recibido la reclamación.

Para hacer una reclamación por un pago, envíe una copia de la factura detallada y un formulario de reclamación de Blue Shield completo a la siguiente dirección:

Blue Shield
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Los formularios de reclamación están disponibles en línea en www.blueshieldca.com. Los Miembros también pueden llamar a Servicio al Cliente de Blue Shield para pedir un formulario. Todas las reclamaciones que se hagan deben incluir, como mínimo, el nombre del Suscriptor, la dirección particular, el número de contrato grupal, el número de Suscriptor y una copia de la factura del proveedor en la que estén los servicios prestados, las fechas de tratamiento y el nombre del paciente.

Blue Shield brinda una Explicación de Beneficios para describir cómo se procesó la reclamación y para informar al Miembro sobre cualquier responsabilidad económica.

Exclusiones

Los beneficios no incluyen:

- dispositivos para la audición que necesiten un implante quirúrgico;
- audífonos de repuesto;
- dispositivos de audición asistida o dispositivos de amplificación;
- compra de baterías o de otros equipos, excepto los que están cubiertos según los términos de la compra del audífono inicial;
- cargos por un audífono que son mayores que las especificaciones prescritas para la corrección de la sordera; o
- repuestos para audífonos, reparación de audífonos después del período de garantía cubierto y reemplazo de audífonos más de una vez en cualquier período de 24 meses.

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 Care 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 Atención 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)**。