

# Planes de salud PPO

individuales y familiares



Desde  
1/26

Para obtener una cotización e inscribirse, comuníquese con su corredor de seguros o visite [blueshieldca.com/espanol](https://blueshieldca.com/espanol).

## Planes de salud PPO

Obtenga atención a su manera con un plan PPO de Blue Shield of California. Estos planes están diseñados para los miembros que valoran la posibilidad de elegir sus médicos, especialistas y hospitales sin necesidad de obtener una referencia. Con más de 69,000 médicos y 325 hospitales en nuestra red Exclusive PPO, los planes PPO de Blue Shield of California pueden darle las opciones y la flexibilidad que está buscando.

Los costos por los servicios cubiertos siempre son más bajos si se usan los proveedores de la red. Sin embargo, con frecuencia, los planes PPO cubren parte del costo de los servicios de los proveedores que no participan en nuestra red Exclusive PPO.

Además de atenderse con los médicos tradicionales en persona, los miembros pueden hablar con un médico virtual por teléfono o videollamada desde la comodidad de su hogar. A través de Accolade Care, los médicos virtuales pueden brindar una amplia variedad de servicios de atención, parecidos a los que brindan los médicos en persona, como atención preventiva, diagnóstico de enfermedades, recetas para la mayoría de los medicamentos y más. Usted tendrá acceso a todo un equipo de atención virtual de médicos, especialistas y asesores de la salud con los que podrá comunicarse en cualquier momento, por lo que ahora es más fácil que nunca recibir atención rápidamente. Para buscar médicos y hospitales de la red Exclusive PPO en su área, visite [blueshieldca.com/networkifpppo](https://blueshieldca.com/networkifpppo).

## Tenga cobertura mientras está de viaje

Ya sea que viaje por negocios o por placer, todos los planes PPO de Blue Shield incluyen los programas BlueCard® y Blue Shield Global Core, que le brindan acceso a servicios de atención

urgente y de emergencia en los Estados Unidos y cuando viaja al exterior.

## Hable con un médico en cualquier momento y desde cualquier lugar

Teladoc Health brinda acceso las 24 horas, los siete días de la semana, a una red nacional de médicos, pediatras y profesionales de la salud mental certificados por la junta de los Estados Unidos que pueden responder consultas sobre varios problemas médicos y de salud mental, como también recetar algunos medicamentos a través de consultas por teléfono o videollamada. Y lo mejor de todo es que no hay copagos para este servicio, y está disponible antes de alcanzar el deducible médico en la mayoría de los planes (excepto los planes de salud con deducibles altos [HDHP, por sus siglas en inglés]). Eso significa que Teladoc Health puede ser una opción más rápida y económica que ir a la sala de emergencias o a un centro de atención urgente.

## Ayuda financiera

Es posible que usted sea elegible para pedir ayuda financiera para pagar las primas mensuales de cualquier plan de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California (excepto el plan Minimum Coverage PPO).<sup>\*</sup> Visite [blueshieldca.com/espanol](https://blueshieldca.com/espanol) para saber si es elegible o comuníquese con su corredor de seguros o con Blue Shield si necesita ayuda con el proceso de elegibilidad.

## ¿Prefiere un plan HMO?

Si prefiere un plan HMO con acceso a una excelente red de médicos y hospitales, y por una prima mensual generalmente más baja, es posible que nuestros planes Trio HMO estén disponibles en su área. Para obtener más información sobre nuestros planes HMO, pídale a su corredor de seguros la versión HMO de este folleto o visite [blueshieldca.com/espanol](https://blueshieldca.com/espanol).



Vea la página 6 para encontrar definiciones útiles de términos médicos importantes.

<sup>\*</sup> Blue Shield no determina si usted califica para recibir un subsidio. Si decide aplicar para un plan a través de Covered California, entonces Covered California determinará si usted es elegible y decidirá la cantidad real del subsidio según la información incluida en su formulario de inscripción.

## Cómo elegir su plan

Tenemos varios planes de salud entre los que puede elegir. Para elegir el plan indicado para usted, fíjese cuál es la mejor combinación entre las primas mensuales y el costo de la atención. Por lo general, cuanto más alta es su prima mensual, menos paga de su bolsillo cuando recibe atención; y cuanto más baja es su prima mensual, más paga de su bolsillo cuando recibe atención.



### Platinum

90

### Gold

80

### Planes Platinum y Gold

Los planes Platinum y Gold no tienen deducibles y tienen copagos más bajos que la mayoría de los planes de Blue Shield. Como resultado, estos planes tienen las primas mensuales más altas, pero son una excelente opción si piensa que necesitará atención con más frecuencia.

### Silver

70

### Planes Silver

Los planes Blue Shield Silver 70 PPO son una buena opción si va al médico de vez en cuando y está buscando un equilibrio entre el costo mensual de las primas del plan y el costo de la atención.

### Silver

1750

Si busca un plan de alto valor y menor costo, con copagos previsibles, nuestro plan Silver 1750 PPO podría ser una buena opción para usted.

### Silver

2600

Si desea un plan de salud con deducibles altos (HDHP) que le deje tener una cuenta de ahorros para la salud\* (HSA, por sus siglas en inglés), el plan Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO puede ser una buena opción para usted. Puede prepararse para pagar futuros costos médicos aportando dinero a su propia cuenta HSA, lo cual le beneficia desde el punto de vista de los impuestos.

### Silver

94

### Silver

87

También ofrecemos tres planes Silver de reducción de costos compartidos a través de Covered California, que ofrecen cantidades máximas de gastos de bolsillo, deducibles y copagos más bajos para los miembros que cumplen con algunos requisitos de ingresos y con otros criterios:

- Blue Shield Silver 94 PPO
- Blue Shield Silver 87 PPO
- Blue Shield Silver 73 PPO

### Silver

73

### Bronze

60

### Bronze HDHP

60

### Planes Bronze

Estos planes tienen algunas de las primas mensuales más bajas, pero pagará más costos de su bolsillo cuando reciba atención. Son una buena opción si casi nunca va al médico y quiere asegurarse de tener cobertura en el caso de que tenga algún problema de salud.

El plan Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO es una opción compatible con las HSA. Con este plan, usted pagará primas más bajas que las del plan Silver 2600 HDHP PPO, aunque pagará una mayor parte del costo cuando use los servicios. Todos los beneficios de los dos planes (incluidos los medicamentos recetados) están sujetos al deducible médico, excepto la atención preventiva. The Blue Shield Bronze 60 PPO plan is also compatible with an HSA when purchased through Covered California.

### Minimum Coverage

60

### Plan Minimum Coverage PPO

Para poder inscribirse en este plan, debe tener menos de 30 años o calificar para recibir una exención por alguna dificultad a través de Covered California. Este plan es una excelente opción si casi nunca va al médico y desea pagar la prima mensual más baja. It is also HSA-compatible when purchased through Covered California.

\* Si bien la mayoría de las personas que se inscriben en un plan de salud con deducibles altos (HDHP) compatible con las HSA son elegibles para abrir una HSA, le recomendamos que hable con un consejero financiero para saber si un HDHP con una HSA es una buena opción financiera para usted. Blue Shield no ofrece consejos de impuestos sobre las HSA. Las HSA se ofrecen a través de las instituciones financieras. Para obtener más información sobre las HSA, la elegibilidad y las normas legales actuales, debe hablar con su consejero financiero o de impuestos.

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de los deducibles, los copagos y los coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Para ver todos los detalles de los planes, incluidos los beneficios fuera de la red, visite [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies).

Usted debe pagar todos los cargos hasta la cantidad de los cargos permitidos, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica abajo. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Exclusive PPO.

= El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.

= El beneficio está sujeto a un deducible.

|                                                                                                  | Blue Shield Platinum 90 PPO                                         | Blue Shield Gold 80 PPO                      | Blue Shield Silver 70 Off Exchange PPO                    | Blue Shield Silver 70 PPO                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Plan disponible a través de:                                                                     | Blue Shield y Covered California                                    | Blue Shield y Covered California             | Solo Blue Shield                                          | Solo Covered California                                   |
| Beneficio                                                                                        | Con los proveedores participantes, los miembros pagan: <sup>1</sup> |                                              |                                                           |                                                           |
| Beneficios de salud preventiva                                                                   | \$0                                                                 | \$0                                          | \$0                                                       | \$0                                                       |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria                                            | \$15                                                                | \$40                                         | \$50                                                      | \$50                                                      |
| Visita al consultorio de un especialista                                                         | \$30                                                                | \$70                                         | \$90                                                      | \$90                                                      |
| Visita médica o de salud mental de Teladoc Health                                                | \$0                                                                 | \$0                                          | \$0                                                       | \$0                                                       |
| Visita de atención urgente                                                                       | \$15                                                                | \$40                                         | \$50                                                      | \$50                                                      |
| Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)                                           | \$9                                                                 | \$18                                         | \$19                                                      | \$19                                                      |
| Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)                                           | \$16                                                                | \$60                                         | \$60 <sup>a</sup>                                         | \$60 <sup>a</sup>                                         |
| Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)                                           | \$25                                                                | \$85                                         | \$90 <sup>a</sup>                                         | \$90 <sup>a</sup>                                         |
| Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)                                           | 10% (hasta \$250 por receta)                                        | 20% (hasta \$250 por receta)                 | 20% (hasta \$250 por receta) <sup>a</sup>                 | 20% (hasta \$250 por receta) <sup>a</sup>                 |
| Laboratorio                                                                                      | \$15                                                                | \$40                                         | \$50                                                      | \$50                                                      |
| Radiografías                                                                                     | \$30                                                                | \$75                                         | \$95                                                      | \$95                                                      |
| Hospitalización como paciente internado                                                          | 10%                                                                 | 30%                                          | 30%                                                       | 30%                                                       |
| Cirugía para pacientes ambulatorios                                                              | 10%                                                                 | 30%                                          | 30%                                                       | 30%                                                       |
| Servicios de la sala de emergencias que no terminen en admisión hospitalaria                     | \$175                                                               | \$350                                        | \$400                                                     | \$400                                                     |
| Ambulancia                                                                                       | \$175                                                               | \$250                                        | \$255                                                     | \$250                                                     |
| Maternidad; parto (en un hospital)                                                               | 10%                                                                 | 30%                                          | 30%                                                       | 30%                                                       |
| Examen dental para niños                                                                         | \$0                                                                 | \$0                                          | \$0                                                       | \$0                                                       |
| Examen de la vista para niños                                                                    | \$0                                                                 | \$0                                          | \$0                                                       | \$0                                                       |
| Anteojos para niños                                                                              | 1 par por año                                                       | 1 par por año                                | 1 par por año                                             | 1 par por año                                             |
| Quiropráctica (por parte de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)       | Sin cobertura                                                       | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                             | Sin cobertura                                             |
| Acupuntura (por parte de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)              | \$15                                                                | \$40                                         | \$50                                                      | \$50                                                      |
| Deducible médico por año calendario dentro de la red                                             | \$0                                                                 | \$0                                          | \$5,200 por persona/<br>\$10,400 por familia <sup>6</sup> | \$5,200 por persona/<br>\$10,400 por familia <sup>6</sup> |
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario dentro de la red (incluye el deducible) | \$5,000 por persona/<br>\$10,000 por familia                        | \$9,200 por persona/<br>\$18,400 por familia | \$9,800 por persona/<br>\$19,600 por familia              | \$9,800 por persona/<br>\$19,600 por familia              |
| Deducible de farmacias por año calendario dentro de la red                                       | \$0                                                                 | \$0                                          | \$50 por persona/<br>\$100 por familia <sup>6</sup>       | \$50 por persona/<br>\$100 por familia <sup>6</sup>       |

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de los deducibles, los copagos y los coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Para ver todos los detalles de los planes, incluidos los beneficios fuera de la red, visite [blueshieldca.com/policies](https://www.blueshieldca.com/policies).

Usted debe pagar todos los cargos hasta la cantidad de los cargos permitidos, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica abajo. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Exclusive PPO.

 = El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.  = El beneficio está sujeto a un deducible.

|                                                                                                  | Blue Shield<br>Silver 94 PPO                                        | Blue Shield<br>Silver 87 PPO                               | Blue Shield<br>Silver 73 PPO                               | Blue Shield<br>Silver 1750 PPO                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Plan disponible a través de:                                                                     | Solo Covered California;<br>se aplican límites de ingresos          | Solo Covered California;<br>se aplican límites de ingresos | Solo Covered California;<br>se aplican límites de ingresos | Solo Blue Shield                                         |
| Beneficio                                                                                        | Con los proveedores participantes, los miembros pagan: <sup>1</sup> |                                                            |                                                            |                                                          |
| Beneficios de salud preventiva                                                                   | \$0                                                                 | \$0                                                        | \$0                                                        | \$0                                                      |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria                                            | \$5                                                                 | \$15                                                       | \$50                                                       | \$55                                                     |
| Visita al consultorio de un especialista                                                         | \$8                                                                 | \$25                                                       | \$90                                                       | \$85                                                     |
| Visita médica o de salud mental de Teladoc Health                                                | \$0                                                                 | \$0                                                        | \$0                                                        | \$0                                                      |
| Visita de atención urgente                                                                       | \$5                                                                 | \$15                                                       | \$50                                                       | \$55                                                     |
| Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)                                           | \$3                                                                 | \$8                                                        | \$19                                                       | \$20 <sup>4</sup>                                        |
| Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)                                           | \$10                                                                | \$25 <sup>4</sup>                                          | \$55 <sup>4</sup>                                          | \$75 <sup>4</sup>                                        |
| Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)                                           | \$15                                                                | \$45 <sup>4</sup>                                          | \$85 <sup>4</sup>                                          | \$90 <sup>4</sup>                                        |
| Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)                                           | 10% (hasta \$150 por receta)                                        | 15% (hasta \$150 por receta) <sup>4</sup>                  | 20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>                  | 35% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>                |
| Laboratorio                                                                                      | \$10                                                                | \$30                                                       | \$50                                                       | \$50                                                     |
| Radiografías                                                                                     | \$10                                                                | \$50                                                       | \$95                                                       | 35%                                                      |
| Hospitalización como paciente internado                                                          | 10%                                                                 | 20%                                                        | 30%                                                        | 35%                                                      |
| Cirugía para pacientes ambulatorios                                                              | 10%                                                                 | 20%                                                        | 30%                                                        | 35%                                                      |
| Servicios de la sala de emergencias que no terminen en admisión hospitalaria                     | \$50                                                                | \$200                                                      | \$400                                                      | 35%                                                      |
| Ambulancia                                                                                       | \$30                                                                | \$75                                                       | \$250                                                      | 35%                                                      |
| Maternidad; parto (en un hospital)                                                               | 10%                                                                 | 20%                                                        | 30%                                                        | 35%                                                      |
| Examen dental para niños                                                                         | \$0                                                                 | \$0                                                        | \$0                                                        | \$0                                                      |
| Examen de la vista para niños                                                                    | \$0                                                                 | \$0                                                        | \$0                                                        | \$0                                                      |
| Anteojos para niños                                                                              | 1 par por año                                                       | 1 par por año                                              | 1 par por año                                              | 1 par por año                                            |
| Quiropráctica (por parte de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)       | Sin cobertura                                                       | Sin cobertura                                              | Sin cobertura                                              | \$15 (hasta 15 visitas por año)                          |
| Acupuntura (por parte de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)              | \$5                                                                 | \$15                                                       | \$50                                                       | \$55                                                     |
| Deducible médico por año calendario dentro de la red                                             | \$0                                                                 | \$1,400 por persona/<br>\$2,800 por familia <sup>6</sup>   | \$5,200 por persona/<br>\$10,400 por familia <sup>6</sup>  | \$1,750 por persona/<br>\$3,500 por familia <sup>6</sup> |
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario dentro de la red (incluye el deducible) | \$1,400 por persona/<br>\$2,800 por familia                         | \$3,350 por persona/<br>\$6,700 por familia                | \$8,100 por persona/<br>\$16,200 por familia               | \$9,250 por persona/<br>\$18,500 por familia             |
| Deducible de farmacias por año calendario dentro de la red                                       | \$0                                                                 | \$50 por persona/<br>\$100 por familia <sup>6</sup>        | \$50 por persona/<br>\$100 por familia <sup>6</sup>        | \$300 por persona/<br>\$600 por familia <sup>6</sup>     |

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de los deducibles, los copagos y los coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Para ver todos los detalles de los planes, incluidos los beneficios fuera de la red, visite [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies).

Usted debe pagar todos los cargos hasta la cantidad de los cargos permitidos, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica abajo. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Exclusive PPO.

= El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.

= El beneficio está sujeto a un deducible.

|                                                                                                  | Blue Shield Silver<br>2600 HDHP PPO                                                           | Blue Shield<br>Bronze 60 PPO                                                                                                                 | Blue Shield<br>Bronze 60 HDHP PPO                         | Blue Shield<br>Minimum Coverage PPO                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Plan disponible a través de:</i>                                                              | Solo Blue Shield                                                                              | Blue Shield y Covered California                                                                                                             | Blue Shield y Covered California                          | Blue Shield y Covered California                                                                                                           |
| Beneficio                                                                                        | Con los proveedores participantes, los miembros pagan: <sup>1</sup>                           |                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                            |
| Beneficios de salud preventiva                                                                   | \$0                                                                                           | \$0                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria                                            | 35%                                                                                           | \$60                                                                                                                                         | \$0                                                       | \$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible <sup>3</sup> |
| Visita al consultorio de un especialista                                                         | 35%                                                                                           | \$95 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$95 después de alcanzar el deducible <sup>2</sup> | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Visita médica o de salud mental de Teladoc Health                                                | \$0                                                                                           | \$0                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Visita de atención urgente                                                                       | 35%                                                                                           | \$60                                                                                                                                         | \$0                                                       | \$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible <sup>3</sup> |
| Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)                                           | 35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>                                                     | \$20                                                                                                                                         | \$0 <sup>5</sup>                                          | \$0 <sup>5</sup>                                                                                                                           |
| Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)                                           | 35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>                                                     | 40% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>                                                                                                    | \$0 <sup>5</sup>                                          | \$0 <sup>5</sup>                                                                                                                           |
| Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)                                           | 35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>                                                     | 40% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>                                                                                                    | \$0 <sup>5</sup>                                          | \$0 <sup>5</sup>                                                                                                                           |
| Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)                                           | 35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>                                                     | 40% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>                                                                                                    | \$0 <sup>5</sup>                                          | \$0 <sup>5</sup>                                                                                                                           |
| Laboratorio                                                                                      | 35%                                                                                           | \$50                                                                                                                                         | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Radiografías                                                                                     | 35%                                                                                           | 40%                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Hospitalización como paciente internado                                                          | 35%                                                                                           | 40%                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Cirugía para pacientes ambulatorios                                                              | 35%                                                                                           | 40%                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Servicios de la sala de emergencias que no terminen en admisión hospitalaria                     | 35%                                                                                           | 40%                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Ambulancia                                                                                       | 35%                                                                                           | 40%                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Maternidad; parto (en un hospital)                                                               | 35%                                                                                           | 40%                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Examen dental para niños                                                                         | \$0                                                                                           | \$0                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Examen de la vista para niños                                                                    | \$0                                                                                           | \$0                                                                                                                                          | \$0                                                       | \$0                                                                                                                                        |
| Anteojos para niños                                                                              | 1 par por año                                                                                 | 1 par por año                                                                                                                                | 1 par por año                                             | 1 par por año                                                                                                                              |
| Quiropráctica (por parte de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)       | 35% (hasta 15 visitas por año)                                                                | Sin cobertura                                                                                                                                | Sin cobertura                                             | Sin cobertura                                                                                                                              |
| Acupuntura (por parte de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)              | 35%                                                                                           | \$60                                                                                                                                         | \$0                                                       | \$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible <sup>3</sup> |
| Deducible médico por año calendario dentro de la red                                             | Plan individual: \$2,600/Plan familiar: \$3,400 por persona; \$5,200 por familia <sup>7</sup> | \$5,800 por persona/<br>\$11,600 por familia <sup>6</sup>                                                                                    | \$7,200 por persona/<br>\$14,400 por familia <sup>6</sup> | \$10,600 por persona/<br>\$21,200 por familia <sup>6</sup>                                                                                 |
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario dentro de la red (incluye el deducible) | \$7,350 por persona/<br>\$14,700 por familia                                                  | \$9,800 por persona/<br>\$19,600 por familia                                                                                                 | \$7,200 por persona/<br>\$14,400 por familia              | \$10,600 por persona/<br>\$21,200 por familia                                                                                              |
| Deducible de farmacias por año calendario dentro de la red                                       | Incluido en el deducible médico                                                               | \$450 por persona/<br>\$900 por familia <sup>6</sup>                                                                                         | Incluido en el deducible médico                           | Incluido en el deducible médico                                                                                                            |

## Definiciones

-  **Beneficios (servicios cubiertos):** Los servicios y suministros médicamente necesarios que están cubiertos por el plan de salud.
-  **Cantidad máxima de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima combinada de deducibles, copagos y coseguros que una persona o una familia deben pagar por año por todos los servicios cubiertos.
-  **Cargos permitidos:** La cantidad en dólares que Blue Shield usa para determinar el pago por los servicios cubiertos.
-  **Copago:** La cantidad fija en dólares que el miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible que corresponda por año calendario.
-  **Coseguro:** El porcentaje que el miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año calendario.
-  **Costo compartido:** Los costos por los servicios de atención de la salud que se comparten entre Blue Shield y el miembro.
-  **Deducible:** La cantidad que el miembro paga por año calendario por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que Blue Shield empiece a pagar. Algunos servicios cubiertos, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que el miembro alcance el deducible por año calendario.
-  **Formulario:** La lista de los medicamentos de uso preferido y elegibles para la cobertura. Incluye todos los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
-  **HDHP:** Las siglas en inglés de "plan de salud con deducibles altos".
-  **HMO:** Las siglas en inglés de "organización para el mantenimiento de la salud", que es un tipo de plan de salud en el que el miembro recibe atención de un médico de atención primaria que le ayuda a coordinar su atención y le refiere a otros proveedores de atención de la salud de la red del plan.
-  **Nivel 1:** La mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 2:** Los medicamentos genéricos no preferidos, los medicamentos de marca preferidos o los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) por su seguridad, eficacia y costo, incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 3:** Los medicamentos de marca no preferidos; los medicamentos recomendados por el Comité de P&T por su seguridad, eficacia y costo; o los medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y, con frecuencia, más económica en un nivel más bajo, incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 4:** Los medicamentos que, a pedido de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o del fabricante, deben distribuirse a través de las farmacias especializadas; los medicamentos de autoadministración para los que se necesita entrenamiento o control clínico; o los medicamentos con un costo de plan (valor neto después de los descuentos) superior a \$600 por un suministro de un mes.
-  **PPO:** Las siglas en inglés de "organización de proveedores preferidos", que es un tipo de plan de salud en el que los miembros pueden elegir cualquier proveedor que sea parte de la red de proveedores PPO sin que sea necesario obtener una referencia. Para la mayoría de los servicios, los miembros también tienen la posibilidad de pagar una parte del costo más alta para ir a proveedores que no forman parte de la red.
-  **Prima:** La cantidad que usted paga todos los meses a Blue Shield por su cobertura de salud.
-  **Proveedores participantes o de la red:** Los proveedores (incluyen los médicos y hospitales) que han aceptado, mediante un contrato con Blue Shield, brindar servicios cubiertos a los miembros de un determinado plan de salud. Los proveedores de la red son los que han aceptado la tarifa contratada de Blue Shield por los servicios cubiertos.

## ¿Tiene preguntas, necesita una cotización o desea inscribirse?



Visite [blueshieldca.com/espanol](https://blueshieldca.com/espanol) o hable con su corredor de seguros.

Su corredor de seguros puede ayudarle a aplicar para un plan de Blue Shield a través de Blue Shield o de Covered California ([coveredca.com/espanol](https://coveredca.com/espanol)), que es el mercado de planes de salud de California.

También ofrecemos planes dentales, de la vista\* y de seguro de vida\*, que se pueden comprar por separado o junto con un plan de salud. Pídale más información a su corredor de seguros o visite [bsca.com/ifp2026](https://bsca.com/ifp2026).



Esto no es un contrato. Todas las descripciones de los beneficios brindan información general sobre los beneficios de los planes. Para ver una descripción detallada de los beneficios y las exclusiones de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés). Además, puede ver nuestros formularios llamados *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC, por sus siglas en inglés) que ofrecen información general fácil de entender sobre los beneficios de los planes y lo que usted debe pagar cuando obtiene los servicios. Las EOC y los formularios SBC de los planes están disponibles en [blueshieldca.com/polices](https://blueshieldca.com/polices) o llamando al (888) 256-3650. También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite [coveredca.com/espanol](https://coveredca.com/espanol) para obtener más información.

- <sup>1</sup> Las cantidades que se indican son un porcentaje de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- <sup>2</sup> Las primeras tres visitas están disponibles por un copago de \$95 antes de alcanzar el deducible médico por año calendario. Los miembros pagarán el total de la tarifa contratada por las visitas siguientes hasta alcanzar el deducible médico por año calendario. Una vez que hayan alcanzado el deducible médico por año calendario, los miembros pagarán un copago de \$95 por las visitas al consultorio de un especialista.
- <sup>3</sup> Las primeras tres visitas están disponibles antes de alcanzar el deducible médico por año calendario e incluyen una combinación de visitas al médico de atención primaria, visitas del médico en el hogar, atención urgente, acupuntura, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas y visitas a otros profesionales. Las visitas siguientes están sujetas al deducible médico por año calendario.
- <sup>4</sup> Los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año calendario.
- <sup>5</sup> Los medicamentos recetados están sujetos al deducible médico por año calendario.
- <sup>6</sup> La cobertura familiar tiene un deducible individual dentro del deducible familiar. En el plan familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando ese miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos miembros de la familia alcancen su propio deducible individual, o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.
- <sup>7</sup> En un plan individual, el miembro debe pagar el 100% de la tarifa contratada por todos los beneficios que estén sujetos a un deducible hasta alcanzar el deducible individual de \$2,600. Una vez alcanzada esa cantidad, Blue Shield empezará a pagar una parte de los costos por los servicios cubiertos. En un plan familiar, cada miembro debe pagar el 100% de la tarifa contratada por todos los beneficios que estén sujetos a un deducible hasta alcanzar el deducible individual integrado de \$3,400. Una vez alcanzada esa cantidad, Blue Shield empezará a pagar una parte de los costos de ese miembro de la familia, pero solo empezará a pagar parte de los costos de los demás miembros una vez que se hayan completado los \$1,800 restantes para alcanzar el deducible familiar total de \$5,200. Esa cantidad restante puede alcanzarla otro miembro de la familia, o pueden alcanzarla entre varios miembros. Si ningún miembro alcanza el deducible individual de \$3,400, igual es posible alcanzar el deducible familiar de \$5,200 sumando las contribuciones de dos o más miembros de la familia. Por ejemplo, si un miembro aporta \$3,000 al deducible y otro aporta \$2,200, juntos alcanzan los \$5,200 del deducible familiar, y Blue Shield empezará a pagar parte de los costos de todos los miembros al mismo tiempo.

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.  
Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A12179-PPO-OL-SP\_0126