blue of california

Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan PPO

Blue Shield Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).[1] Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de Proveedores Médicos: **Red de Full PPO**

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Red de farmacias: **Rx Ultra**

Formulario de Medicamentos: **Formulario estándar**

Deducibles por Año Calendario (CYD)[2]

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan. Blue Shield paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

		Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Parcipantes[3] y No Participantes[4]
Deducible médico por Año Calendario	*Cobertura individual*	$5,800	$11,600
	Cobertura familiar	$5,800: por persona	$11,600: por persona
		$11,600: por Familia	$23,200: por Familia
Deducible de farmacias por Año Calendario	*Cobertura individual*	$450	Sin cobertura
	Cobertura familiar	$450: por persona	Sin cobertura
		$900: por Familia	

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario[5]

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes[3] o No Participantes[4]
Cobertura individual	$9,800	$19,600
Cobertura familiar	$9,800: por persona	$19,600: por persona
	$19,600: por Familia	$39,200: por Familia

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero anual ni durante la membresía en la cantidad que pagará Blue Shield por los Servicios Cubiertos.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

Cobertura desde el Primer Dólar: 3 visitas al consultorio por Año Calendario

Este Plan tiene cobertura desde el primer dólar (FDC, por sus siglas en inglés) para 3 visitas al consultorio con Proveedores Participantes. Esto significa que Blue Shield pagará por estos Servicios Cubiertos antes de que usted llegue a cualquier Deducible Médico por Año Calendario. Estos servicios están identificados con una marca de verificación (✔) en el cuadro de Beneficios que está abajo.

La cobertura desde el primer dólar está disponible para visitas al consultorio de un Médico participante o un Proveedor de Atención de la Salud participante, para estos servicios:

- Visita al consultorio para recibir atención de un especialista

Después de llegar a la cantidad máxima de visitas con el beneficio de la cobertura desde el primer dólar, las visitas al consultorio adicionales en el mismo Año Calendario están sujetas a cualquier Deducible médico por Año Calendario.

La cobertura desde el primer dólar se brinda de forma adicional a las visitas al consultorio para recibir Servicios de Salud Preventivos cubiertos. Los Servicios de Salud Preventivos cubiertos también son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario.

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de Salud Preventivos[7]					
Servicios de Salud Preventivos	$0			Sin cobertura	
Programa de Detección Prenatal de California	$0			$0	
Servicios del médico					
Visita al consultorio para recibir atención primaria	$60/visita			50 %	✔
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	$95/visita	✔	✔	50 %	✔
Visita del médico en el hogar	$60/visita			50 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	40 %	✔		50 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	40 %	✔		50 %	✔
Otros servicios profesionales					
Visita al consultorio de otro profesional *Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.*	$60/visita			50 %	✔
Servicios de acupuntura	$60/visita			50 %	✔
Servicios de quiropráctica	Sin cobertura			Sin cobertura	
Consulta por medio de Teladoc Health	$0			Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Planificación familiar					
• Asesoramiento, consultas y educación	$0			Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	$0			Sin cobertura	
• Ligadura de trompas	$0			Sin cobertura	
• Vasectomía	$0			Sin cobertura	
Atención por embarazo y maternidad					
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal inicial	$0			50 %	✔
Aborto y servicios relacionados con el aborto	$0			$0	
Servicios de emergencia					
Servicios de la sala de emergencias *Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.*	40 %	✔		40 %	✔
Servicios del Médico en la sala de emergencias	$0			$0	
Servicios de un centro de atención urgente	$60/visita			50 %	✔
Servicios de ambulancia *Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.*	40 %	✔		40 %	✔
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios					
Centro Quirúrgico Ambulatorio	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de un centro de atención para pacientes internados					
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔
Servicios de trasplante *Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.*					
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	40 %	✔		Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	40 %	✔		Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados *Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.*					
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	40 %	✔		Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	40 %	✔		Sin cobertura	
Servicios del médico	40 %	✔		Sin cobertura	
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio					
Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.					
Servicios de laboratorio y patología					
Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.					
• Centro de laboratorio	$50/visita			50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$50/visita			50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de imágenes básicas					
Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.					
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	40 %	✔		50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios					
Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).					
• Consultorio	40 %	✔		50 %	✔

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de imágenes avanzadas *Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).*					
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	40 %	✔		50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de Rehabilitación y Habilitación *Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla. No hay límite de visitas para los Servicios de Rehabilitación y Habilitación.*					
Consultorio	$60/visita			50 %	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$60/visita			50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)					
DME	40 %	✔		Sin cobertura	
Sacaleches	$0			Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	40 %	✔		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos protésicos	40 %	✔		Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de atención de la salud en el hogar *Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.*	40 %	✔		Sin cobertura	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar					
Servicios de una agencia de infusión en el hogar *Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.*	40 %	✔		Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia *Se incluyen productos de factor de coagulación.*	40 %	✔		Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) *Hasta 100 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.*					
SNF independiente	40 %	✔		50 %	✔
SNF en un hospital	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔

Beneficios[6]	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales *Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.*	$0			Sin cobertura	
Otros servicios y suministros					
Servicios de atención de la diabetes					
• Dispositivos, equipos y suministros	40 %	✔		Sin cobertura	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	$0			50 %	✔
• Tratamiento médico de nutrición	$0			50 %	✔
Servicios de diálisis	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	40 %	✔		40 %	✔
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	40 %	✔		50 %	✔

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios para pacientes ambulatorios					
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	$60/visita			50 %	✔
Salud mental por medio de Teladoc Health	$0			Sin cobertura	

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago				
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Se aplica la FDC**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, Tratamiento de Salud Conductual por trastorno generalizado del desarrollo o autismo en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio	$60/visita			50 %	✔
Programa de Hospitalización Parcial	$60/visita			50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Pruebas psicológicas	$60/visita			50 %	✔
Servicios para pacientes internados					
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	40 %	✔		50 %	✔
Servicios hospitalarios	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔
Atención en una residencia	40 %	✔		50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔

Beneficios de Medicamentos Recetados[8, 9]	Su pago			
Se aplica un Deducible de farmacias por Año Calendario por separado.	**Cuando se usan Farmacias Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Farmacias No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
Por receta, hasta 30 días de suministro.				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$20/receta		Sin cobertura	

Beneficios de Medicamentos Recetados[8, 9]	**Su pago**			
Se aplica un Deducible de farmacias por Año Calendario por separado.	**Cuando se usan Farmacias Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Farmacias No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Medicamentos de Nivel 2	40 % hasta $500/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	40 % hasta $500/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	40 % hasta $500/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
Por receta, para 90 días de suministro.				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$60/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	40 % hasta $1,500/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	40 % hasta $1,500/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	40 % hasta $1,500/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo				
Por receta, para 31 a 90 días de suministro.				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$40/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	40 % hasta $1,000/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	40 % hasta $1,000/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	40 % hasta $1,000/receta	✔	Sin cobertura	

Beneficios de Atención Infantil	Su pago			
Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.	**Cuando se usan Dentistas Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Dentistas No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Atención dental infantil[10]				
Servicios preventivos y de diagnóstico				
• Examen bucodental	$0		10 %	
• Atención preventiva: limpieza	$0		10 %	
• Atención preventiva: radiografías	$0		10 %	
• Selladores, por diente	$0		10 %	
• Aplicación de flúor tópico	$0		10 %	
• Separadores fijos	$0		10 %	
Servicios básicos				
• Procedimientos reconstructivos	20 %		30 %	
• Mantenimiento periodontal	20 %		30 %	
• Servicios generales adicionales	20 %		30 %	
Servicios mayores				
• Cirugía bucodental	50 %		50 %	
• Endodoncia	50 %		50 %	
• Periodoncia (que no sea de mantenimiento)	50 %		50 %	
• Coronas y moldes de yeso	50 %		50 %	
• Prótesis dentales	50 %		50 %	
Ortodoncia (Médicamente Necesaria)	50 %		50 %	

Beneficios de Atención Infantil	Su pago			
Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.	**Cuando se usan Proveedores Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Atención de la vista infantil[11]				
Examen de la vista completo				
Un examen por Año Calendario.				
• Visita oftalmológica	$0		Todos los cargos mayores de $30	
• Visita optométrica	$0		Todos los cargos mayores de $30	

Beneficios de Atención Infantil	Su pago			
Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.	**Cuando se usan Proveedores Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Prueba y evaluación de lentes de contacto *Si elige lentes de contacto en lugar de anteojos, uno por Miembro cada 12 meses cuando se consiguen en un Proveedor Participante, siempre que sea en el mismo momento en que se hace el examen completo. Hay un máximo de dos visitas de seguimiento.*				
• Lentes estándar	$0		Sin cobertura	
• Lentes no estándar	Todos los cargos mayores de $60		Sin cobertura	
Productos para la vista/materiales *Un armazón para anteojos y lentes, o lentes de contacto en lugar de anteojos, hasta el Beneficio por Año Calendario. Cualquier excepción se indica a continuación.*				
• Lentes de contacto				
No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos o flexibles *Hasta dos pares por ojo por Año Calendario.*	$0		Todos los cargos mayores de $225	
Optativos (fines estéticos o comodidad)				
Estándar y no estándar, rígidos *Hasta 3 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.*	$0		Todos los cargos mayores de $75	
Estándar y no estándar, flexibles *Hasta 6 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.*	$0		Todos los cargos mayores de $75	
• Armazones para anteojos				
Armazones de la colección	$0		Todos los cargos mayores de $40	
Armazones que no sean de la colección	Todos los cargos mayores de $150		Todos los cargos mayores de $40	
• Anteojos *Los lentes incluyen una elección de lentes de vidrio o plástico, todas las potencias ópticas (visión simple, bifocal, trifocal, lenticular), modernos, degradados, con capa protectora, de gran tamaño y anteojos de sol recetados con cristales de color gris número 3.*				

Beneficios de Atención Infantil	Su pago			
Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.	**Cuando se usan Proveedores Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Visión simple	$0		Todos los cargos mayores de $25	
Bifocales con línea divisoria	$0		Todos los cargos mayores de $35	
Trifocales con línea divisoria	$0		Todos los cargos mayores de $45	
Lenticulares	$0		Todos los cargos mayores de $45	
Tratamientos y lentes opcionales				
• Protección UV (estándar únicamente)	$0		Sin cobertura	
• Lentes de policarbonato	$0		Sin cobertura	
• Lentes progresivos estándar	$0		Sin cobertura	
• Lentes progresivos de calidad superior	$95		Sin cobertura	
• Revestimiento antirreflectante (estándar únicamente)	$35		Sin cobertura	
• Lentes de vidrio fotocromáticos	$25		Sin cobertura	
• Lentes de plástico fotocromáticos	$0		Sin cobertura	
• Lentes de índice alto	$30		Sin cobertura	
• Lentes polarizados	$45		Sin cobertura	
Equipos y exámenes de baja visión				
• Examen completo de baja visión *Una vez cada 5 Años Calendario.*	$0		Sin cobertura	
• Dispositivos de baja visión *Un dispositivo por Año Calendario.*	$0		Sin cobertura	

Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de imágenes avanzadas
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio y el tratamiento con opioides en el consultorio
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Lentes de contacto no optativos para la atención de la vista infantil, y equipos y exámenes de baja visión
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Algunos Medicamentos recetados (entre en blueshieldca.com/pharmacy)

Lea la Evidencia de Cobertura para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea la EOC para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia de la EOC en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en la EOC. Consulte la EOC para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✔) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible médico por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✔) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

- *Cobertura desde el Primer Dólar (FDC):* Este Plan también tiene cobertura desde el primer dólar. Lea la sección sobre la cobertura desde el primer dólar para conocer las visitas al consultorio que también son pagadas por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Los Servicios Cubiertos con la cobertura desde el primer dólar están identificados con una marca de verificación (✔) en la columna "Se aplica la FDC" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

Este Plan tiene Deducibles médicos y de farmacias por separado.

Este Plan tiene un Deducible por Año Calendario para Proveedores Participantes y un Deducible por Año Calendario combinado para Proveedores Participantes y No Participantes. Esto significa que cualquier cantidad que pague para su Deducible por Año Calendario para Proveedores Participantes también cuenta para su Deducible por Año Calendario combinado para Proveedores Participantes y No Participantes.

La cobertura familiar tiene un Deducible individual dentro del Deducible Familiar. Esto significa que llegará al Deducible toda persona con cobertura Familiar que llegue al Deducible individual antes de que la Familia llegue al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario. Cualquier cantidad que usted haya pagado para el Deducible individual se aplicará tanto para el Deducible individual como para el Deducible Familiar. Una vez que se llegue al Deducible individual o al Deducible Familiar, se aplica el costo compartido hasta que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para el Deducible ni para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, Blue Shield pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos para los siguientes Servicios Cubiertos después de que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario:

- Beneficios de un centro de diálisis: servicios de diálisis de un Proveedor No Participante.
- Cargos por los servicios que no están cubiertos y cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico o de farmacias por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan tiene OOPM para Proveedores Participantes y OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes. Esto significa que cualquier cantidad que pague para sus OOPM para Proveedores Participantes también cuenta para sus OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario. Cualquier cantidad que usted haya pagado para los OOPM individuales se aplicará tanto para los OOPM individuales como para los OOPM Familiares, excepto para los servicios de atención dental infantil Fuera de la Red. Los pagos de costo compartido para los servicios de atención dental infantil hechos por cada niño para los Servicios Cubiertos Fuera de la Red no se acumulan para los Gastos de Bolsillo Máximos Familiares.

6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que hacer un pago por visita al consultorio, además de un pago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

7 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

8 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, la cobertura de medicamentos recetados de este Plan es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como la cobertura de medicamentos recetados de este plan es acreditable, no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare mientras mantenga esta cobertura; sin embargo, debe tener en cuenta que, si no se inscribe en la Parte D de Medicare dentro de los 63 días siguientes a la cancelación de esta cobertura, podría quedar sujeto al pago de multas por la prima de la Parte D de Medicare.

9 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Biosimilar o Genérico equivalente. Si usted, el Médico o el Proveedor de Atención de la Salud seleccionan un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Biosimilar o un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y el Medicamento Biosimilar o Genérico equivalente, además del Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento de Marca. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de farmacias por Año Calendario, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Lea la sección de la EOC sobre la forma de obtener Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una Farmacia Participante si necesita más información sobre cómo puede estar cubierto un anticonceptivo de marca sin un Copago ni un Coseguro.

Pedido de Evaluación por Necesidad Médica. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Médicamente Necesario, pueden pedir una Evaluación por Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca se cubrirá de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento.

Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Este programa deja que, con su aprobación, se surta un suministro de 15 días en el caso de las recetas iniciales para determinados Medicamentos Especializados. Cuando pase esto, el Copago o el Coseguro se calculará de manera proporcional.

Medicamentos Especializados. Los Medicamentos Especializados están disponibles solamente en Farmacias Especializadas de la Red, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos Orales Anticancerígenos. Usted paga hasta $250 por los Medicamentos Orales Anticancerígenos que consiga en una Farmacia Participante, hasta 30 días de suministro. Los Medicamentos Orales Anticancerígenos conseguidos en una Farmacia Participante no están sujetos a ningún Deducible.

Farmacia al por menor. Puede conseguir un suministro de hasta 90 días para los Medicamentos de mantenimiento en una Farmacia Participante cuando usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda por cada suministro para 30 días.

Medicamentos del servicio por correo. Usted paga el Copago o Coseguro de farmacia al por menor que corresponda para 30 días al obtener en la farmacia de servicio por correo un suministro para 30 días o menos.

10 Cobertura de Atención Dental Infantil:

Los Beneficios de atención dental infantil se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos que sean Médicamente Necesarios se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica siempre y cuando el Miembro permanezca inscrito en el Plan.

Este plan cumple con los requisitos del plan dental infantil de Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia, incluida la cobertura de servicios en casos de Necesidad Médica, tal como se define en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés).

11 Cobertura de Atención de la Vista Infantil:

Los Beneficios de atención de la vista infantil se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios Cubiertos por parte de Proveedores No Participantes. No se paga Copago ni Coseguro hasta la Cantidad Permitida listada. Usted pagará todos los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cobertura para armazones. Si se seleccionan armazones cuyo costo supera la Cantidad Permitida para armazones según las condiciones de este Beneficio, usted pagará la diferencia entre la Cantidad Permitida y el costo establecido por el proveedor.

Notas

Los "armazones de la colección" están disponibles sin costo para los Miembros en los Proveedores Participantes. Generalmente, los Proveedores Participantes de la cadena al por menor no exhiben los armazones de la "colección", pero se mantiene una selección comparable de armazones.

Los "armazones que no sean de la colección" están cubiertos hasta una Cantidad Permitida de $150; sin embargo, si el Proveedor Participante usa:

- precios de tiendas mayoristas, la Cantidad Permitida será de hasta $103.64.

Los Proveedores Participantes que usan precios de tiendas mayoristas están identificados en el directorio de proveedores.

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

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 Service 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 Servicio 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)**。