blue california

Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan PPO Savings

Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 7850/0% PCP + Child Dental Alt

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Beneficios 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 Beneficios 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 Spectrum**

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 Beneficios Cubiertos del Plan. Blue Shield paga algunos Beneficios 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 usan Proveedores No Participantes[4]
Deducible médico y de farmacias por Año Calendario	*Cobertura individual*	$7,850	$15,700
Este Plan combina el Deducible médico y el Deducible de farmacias en un único Deducible por Año Calendario	*Cobertura familiar*	$7,850: por persona $15,700: por Familia	$15,700: por persona $31,400: 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 Beneficios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]
Cobertura individual	$7,850	$15,700
Cobertura familiar	$7,850: por persona $15,700: por Familia	$15,700: por persona $31,400: 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 Beneficios Cubiertos.

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

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	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	$0	✔	50 %	✔
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	$0	✔	50 %	✔
Visita del médico en el hogar	$0	✔	50 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	$0	✔	50 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	$0	✔	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.*	$0	✔	50 %	✔
Servicios de acupuntura	$0	✔	50 %	✔
Servicios de quiropráctica *Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	$0	✔	50 %	✔
Consulta por medio de Teladoc Health	$0		Sin cobertura	
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	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	$0	✔	50 %	✔
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	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
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.*	$0	✔	$0	✔
Servicios del Médico en la sala de emergencias	$0	✔	$0	✔
Servicios de un centro de atención urgente	$0	✔	50 %	✔
Servicios de ambulancia *Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.*	$0	✔	$0	✔
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	$0	✔	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	$0	✔	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]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
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	$0	✔	Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0	✔	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	$0	✔	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	$0	✔	Sin cobertura	
Servicios del médico	$0	✔	Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]	Se aplica el CYD[2]
Servicios de diagnóstico por medio de radiografías, imágenes, estudios de patología y análisis de laboratorio				
Este pago es para los Beneficios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Beneficios 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	$0	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	✔	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	$0	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	✔	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	$0	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
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	$0	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	✔	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	$0	✔	50 %	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	$0	✔	Sin cobertura	
Sacaleches	$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	$0	✔	Sin cobertura	
Dispositivos y equipos protésicos	$0	✔	Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**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.*	$0	✔	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.*	$0	✔	Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia *Se incluyen productos de factor de coagulación.*	$0	✔	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	$0	✔	50 %	✔
SNF en un hospital	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔
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	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Otros servicios y suministros				
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	$0	✔	Sin cobertura	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	$0		50 %	✔
• Tratamiento médico de nutrición	$0		50 %	✔
Servicios de diálisis	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	$0	✔	$0	✔
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	$0	✔	50 %	✔

Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**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	$0	✔	50 %	✔
Salud mental por medio de Teladoc Health	$0		Sin cobertura	
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				
• Consultorio, clínica, hogar u otro centro de atención no institucional	$0	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Tratamiento en el consultorio por dependencia de opioides	$0	✔	50 %	✔

Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Programa de Hospitalización Parcial	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Pruebas psicológicas y neuropsicológicas	$0	✔	50 %	✔
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0	✔	50 %	✔
Servicios hospitalarios	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔
Atención en una residencia	$0	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $2,000/día	✔

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

Beneficios de Medicamentos Recetados[8, 9]	Su pago				
	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, para 90 días de suministro.					
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0	$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$0	$0	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	$0	$0	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	$0	$0	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	$0	$0	✔	Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de envío al hogar					
Por receta, para 31 a 90 días de suministro.					
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0			Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$0		✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	$0		✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	$0		✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	$0		✔	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		20 %	
• Atención preventiva: limpieza	$0		20 %	
• Atención preventiva: radiografías	$0		20 %	
• Selladores, por diente	$0		20 %	
• Aplicación de flúor tópico	$0		20 %	
• Separadores fijos	$0		20 %	
Servicios básicos				
• Procedimientos reconstructivos	20 %		30 %	
• Mantenimiento periodontal	20 %		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 Dentistas Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Dentistas No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
• 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	
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				

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]**
No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos o flexibles	$0		Todos los cargos mayores de $225	
Hasta dos pares por ojo por Año Calendario.				
Optativos (fines estéticos o comodidad)				
Estándar y no estándar, rígidos	$0		Todos los cargos mayores de $75	
Hasta 3 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.				
Estándar y no estándar, flexibles	$0		Todos los cargos mayores de $75	
Hasta 6 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.				
• 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.				
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	$55		Sin cobertura	
• Lentes progresivos de calidad superior	$95		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 Proveedores Participantes[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
• Revestimiento antirreflectante (estándar únicamente)	$35		Sin cobertura	
• Lentes de vidrio fotocromáticos	$25		Sin cobertura	
• Lentes de plástico fotocromáticos	$25		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.*	35 %		Sin cobertura	
• Dispositivos de baja visión *Un dispositivo por Año Calendario.*	35 %		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 en el consultorio por dependencia de opioides
- 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.

Notas

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 Beneficios Cubiertos del Plan.

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

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

Este Plan tiene Deducibles por separado para Proveedores Participantes y Proveedores 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. 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. 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 Beneficios 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 Beneficios 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 Beneficios 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 Beneficios 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 Beneficios 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 y de farmacias combinado por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan tiene OOPM por separado para Proveedores Participantes y Proveedores 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 Beneficios 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 Beneficios Cubiertos:

Cuando reciba varios Beneficios 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 Beneficios 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 solo están disponibles cuando se consiguen en una Farmacia Especializada de la Red, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos Orales Anticancerígenos. Después de llegar al Deducible, usted paga hasta $250 por los Medicamentos Orales Anticancerígenos que consiga en una Farmacia Participante, hasta 30 días de suministro.

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.

Farmacias Participantes. Blue Shield tiene dos niveles de participación para las farmacias al por menor: Nivel A y Nivel B. Puede ir a cualquier farmacia de Nivel A o Nivel B para conseguir Medicamentos cubiertos.

Envío al hogar. Usted paga el Copago o Coseguro de farmacia al por menor que corresponda para 30 días al obtener en la farmacia de envío de medicamentos al hogar un suministro para 30 días o menos.

Insulina. Usted no pagará más de $35 para un suministro de 30 días de Insulinas Recetadas del Formulario que consiga en una Farmacia Participante.

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.

Beneficios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Beneficios 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.

Beneficios 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.

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)**。