

Información del plan



James Perse Enterprises LLC

Fecha en vigor: 08/01/2026

- Trio HMO Zero Admit 20
- Access+ HMO® Zero Admit 30
- Local Access+ HMO® Zero Admit 20
- Full PPO Combined Deductible 25-250 90/60
- Full PPO Split Deductible 35-1000 80/60
- Smile(SM) Spectrum Premier Plus 50/1500/Ortho/U90
- Vision Deluxe 15/25/130
- CUSTOM 1 times salary to 200 000



F35645275A+1--1 / 1

Índice

Contenido

En las siguientes secciones, podrá leer sobre la cobertura de Blue Shield que está disponible para usted. Además, en [blueshieldca.com/employercoverage](https://www.blueshieldca.com/employercoverage) encontrará más información sobre nuestros programas y servicios, y sobre cómo funcionan los diferentes tipos de planes de salud.

1. Elija un plan

Trio HMO Zero Admit 20.....	4
Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible.....	11
Chiropractic and Acupuncture Benefits Additional coverage for your HMO Plan.....	14
Access+ HMO® Zero Admit 30	18
Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible.....	25
Chiropractic and Acupuncture Benefits Additional coverage for your HMO Plan.....	28
Local Access+ HMO® Zero Admit 20	32
Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible.....	39
Chiropractic and Acupuncture Benefits Additional coverage for your HMO Plan.....	42
Full PPO Combined Deductible 25-250 90/60.....	46
Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible.....	58
Full PPO Split Deductible 35-1000 80/60	62
Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible.....	74
Smile(SM) Spectrum Premier Plus 50/1500/Ortho/U90.....	78
Vision Deluxe 15/25/130	82
CUSTOM 1 times salary to 200 000	86

2. Encuentre un proveedor/medicamento recetado

Encuentre el proveedor.....	90
Cómo contactarnos.....	92
Notice of Privacy Practices	93

1.

Elija un plan

Empiece aquí. En esta sección, puede explorar sus opciones de beneficios de Blue Shield.

Trio HMO Zero Admit 20

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 Trio ACO HMO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Trio ACO HMO. Los Grupos Médicos, las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) y los Médicos de esta red se llaman Proveedores Participantes. Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria de esta red para que le brinde atención primaria y lo ayude a obtener los servicios, pero hay algunas excepciones. Lea su Evidencia de Cobertura para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³

Deducible médico por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$0
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona
		\$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁴

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 EOC.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³

<i>Cobertura individual</i>	\$1,500
<i>Cobertura familiar</i>	\$1,500: por persona
	\$3,000: por Familia

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$20/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Trio+ (sin referencia médica)	\$20/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$20/visita	
Visita del médico en el hogar	\$20/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	\$0	
Otros servicios profesionales		
Visita al consultorio de otro profesional	\$20/visita	
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>		
Consulta por medio de Teladoc Health	\$0	
Planificación familiar		
<ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento, consultas y educación 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Ligadura de trompas 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Vasectomía 	\$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	\$0	
Servicios por Esterilidad		
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Inseminaciones artificiales limitadas a 6 durante la membresía	\$0	
Extracción de ovocito (huevo) limitada a 3 durante la membresía		
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$0	
Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)	\$0	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Transferencia de embriones		
<ul style="list-style-type: none"> • Centro Quirúrgico Ambulatorio • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$0	
Criopreservación limitada a 1 año de conservación durante la membresía para cada uno de los siguientes elementos: espermatozoides, tejido reproductivo, ovocitos (huevos) y embriones	\$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0	
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita	
<i>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.</i>		
Servicios del Médico en la sala de emergencias	\$0	
Servicios de un centro de atención urgente		
	\$20/visita	
Servicios de ambulancia		
	\$100/transporte	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	\$0	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados		
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	\$0	
Servicios de trasplante		
<i>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.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales • Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio		
<i>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.</i>		
Servicios de laboratorio y patología		
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes básicas		
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios		
<i>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).</i>		
• Consultorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes avanzadas		
<i>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).</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación		
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i>		
Consultorio	\$20/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$20/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	20 %	
Sacaleches	\$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Dispositivos y equipos protésicos	\$0	
Servicios de atención de la salud en el hogar	\$20/visita	
<i>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.</i>		
Servicios de infusión y de inyección en el hogar		
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	\$0	
<i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i>		
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia	\$0	
<i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>		
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)		
<i>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.</i>		
SNF independiente	\$0	
SNF en un hospital	\$0	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales	\$0	
<i>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.</i>		
Otros servicios y suministros		
Servicios de atención de la diabetes		
• Dispositivos, equipos y suministros	20 %	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$20/visita	
• Tratamiento médico de nutrición	\$20/visita	
Servicios de diálisis	\$0	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	50 %	

Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$20/visita	
Salud mental por medio de Teladoc Health	\$0	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, 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	\$0	
Programa de Hospitalización Parcial	\$0	
Pruebas psicológicas	\$0	
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	\$0	
Atención en una residencia	\$0	

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 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.

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.

4 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 los Cargos Permitidos 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 por los servicios que no están cubiertos, los cargos que sean mayores que los Cargos Permitidos y los cargos por servicios que sean mayores que cualquier Beneficio máximo.

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.

5 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.

6 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.

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



**Cláusula adicional sobre los Medicamentos
Recetados para Pacientes Ambulatorios**

Cláusula adicional grupal
HMO/POS

**Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible
Resumen de Beneficios**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Cuando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Calendario *Por Miembro* \$0

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$25/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$40/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$250/receta	
Medicamentos recetados en farmacia al por mayor		
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$75/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$120/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$750/receta	

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

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$50/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$500/receta	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en <https://www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2>.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

4 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. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento 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.

Lea la sección 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.

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.

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

**Cláusula adicional
sobre los Servicios de Acupuntura y Quiropráctica**

**Cláusula adicional grupal
HMO/POS**

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Beneficios Cubiertos con este Beneficio de servicios de acupuntura y quiropráctica.

Beneficios	Su Pago	
<p><i>American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH, por sus siglas en inglés) debe determinar que los Beneficios Cubiertos son Médicamente Necesarios.</i></p>		
<p><i>Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario. El máximo de 30 visitas es para servicios de acupuntura y quiropráctica combinados.</i></p>	<p>Cuando se usan Proveedores Participantes de Planes ASH</p>	<p>Cuando se usan Proveedores No Participantes</p>
<p><i>Los servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario, pero cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.</i></p>		
Servicios de Acupuntura		
Visita al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura
Servicios de Quiropráctica		
Visita al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura
Accesorios de quiropráctica	Todos los cargos mayores de \$50	Sin cobertura

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

Introducción

Además de los Beneficios que están en su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), su cláusula adicional brinda cobertura para servicios de acupuntura y quiropráctica según se describe en este documento suplementario. Los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional deben ser brindados por Proveedores Participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH). Estos Beneficios de acupuntura y quiropráctica son independientes de su Plan de salud, pero están sujetos a las disposiciones, limitaciones y exclusiones generales incluidas en su Evidencia de Cobertura. No es necesaria una referencia de su Médico de Atención Primaria.

Planes ASH debe determinar que todos los Beneficios Cubiertos son Médicamente Necesarios, menos (1) el examen inicial y el tratamiento por parte de un Proveedor Participante de Planes ASH; y (2) los Servicios de Emergencia.

Nota: Planes ASH responderá a todos los pedidos de evaluación por Necesidad Médica dentro de los cinco días hábiles de haber recibido el pedido.

No se cubrirán los Beneficios Cubiertos que se reciban de proveedores que no son Proveedores Participantes de Planes ASH, a menos que sean Servicios de Emergencia y, en ciertos casos, que se reciban en condados de California en los que no haya Proveedores Participantes de Planes ASH. Si Planes ASH determina que los Beneficios Cubiertos brindados por un proveedor que no sea un Proveedor Participante son Médicamente Necesarios, usted será el responsable de pagar el Copago de Proveedor Participante.

Beneficios

Servicios de Acupuntura

Los Beneficios están disponibles para los servicios de acupuntura Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, la acupuntura y las terapias adicionales, y las siguientes visitas al consultorio para el tratamiento de:

- dolores de cabeza (tensionales y migrañas);
- dolor articular en la cadera o la rodilla relacionado con la osteoartritis (OA, por sus siglas en inglés);
- dolor articular en otra extremidad relacionado con la OA o la irritación mecánica;
- otros síndromes de dolor relacionados con las articulaciones y con tejidos blandos asociados;
- dolor de espalda y cuello; y
- náuseas por embarazo, cirugía o quimioterapia.

Servicios de Quiropráctica

Los Beneficios están disponibles para los servicios de quiropráctica Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, las siguientes visitas al consultorio y los servicios incluidos a continuación:

- manipulación de las articulaciones de la columna vertebral y de las articulaciones periféricas (ajustes);
- terapias adicionales, como electroestimulación muscular o ejercicios terapéuticos;
- radiografías simples; y

- soportes y accesorios de quiropráctica.

Las visitas para recibir servicios de acupuntura y quiropráctica están limitadas a un máximo por Miembro, por Año Calendario, como se explica en el Resumen de Beneficios. Los Beneficios deben brindarse en un consultorio. Lo referirán a su Médico de Atención Primaria para que evalúe cualquier problema de salud que no sea un Trastorno Musculoesquelético ni un Trastorno Relacionado y para que le brinde otros servicios que no estén cubiertos por esta cláusula adicional, como el diagnóstico por imágenes (por ejemplo: tomografías computarizadas o imágenes por resonancia magnética [CAT y MRI, respectivamente, por sus siglas en inglés]).

Nota: Debe usar todos los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional antes de obtener acceso a los mismos servicios por medio del programa de descuentos para el bienestar "Alternative Care Discount Program" (Programa de descuentos para la atención alternativa). Para conocer más sobre el programa Alternative Care Discount Program, visite www.blueshieldca.com.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Servicio para Miembros

Para todos los servicios de acupuntura y quiropráctica, Blue Shield of California tiene un contrato con Planes ASH para que sea el administrador de los servicios de acupuntura y quiropráctica del Plan. Comuníquese con Planes ASH si tiene preguntas sobre los servicios de acupuntura y quiropráctica, los Proveedores Participantes de Planes ASH, o los Beneficios de acupuntura y quiropráctica.

La información para comunicarse con Planes ASH es la siguiente:

1-800-678-9133
American Specialty Health Plans of California, Inc.
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

Planes ASH puede responder por teléfono muchas de las preguntas.

Exclusiones

Los servicios de acupuntura no incluyen:

- tratamiento del asma;
- tratamiento de una adicción (incluido, entre otros, el tratamiento para dejar de fumar); o
- suplementos nutricionales, con vitaminas, con minerales (incluso suplementos con hierbas) ni otros productos similares.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Definiciones

American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH)	Plan de servicios de atención de la salud especializada habilitado que ha firmado un contrato con Blue Shield of California para brindar servicios de acupuntura y quiropráctica.
Proveedor Participante de Planes ASH	Acupuntor o quiropráctico que tiene un contrato con Planes ASH para brindarles Beneficios Cubiertos a los Miembros.
Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados	Problemas de salud que tienen signos y síntomas vinculados con los sistemas nervioso, muscular y/o esquelético. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados son problemas de salud que suelen clasificarse de la siguiente forma: trastornos estructurales, degenerativos o inflamatorios; o disfunción biomecánica de las articulaciones y/o componentes relacionados de los sistemas muscular o esquelético (músculos, tendones, fascia, nervios, ligamentos/cápsulas, discos y estructuras sinoviales) y enfermedades o manifestaciones asociadas. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados incluyen Trastornos Musculoesqueléticos/Miofasciales, Trastornos Funcionales Musculoesqueléticos y subluxación.

Asegúrese de guardar este documento. No es un contrato, pero forma parte de su EOC.

Access+ HMO® Zero Admit 30

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 Access+ HMO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Access+ HMO. Los Grupos Médicos, las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) y los Médicos de esta red se llaman Proveedores Participantes. Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria de esta red para que le brinde atención primaria y lo ayude a obtener los servicios, pero hay algunas excepciones. Lea su Evidencia de Cobertura para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³

Deducible médico por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$0
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona
		\$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁴

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 EOC.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³

<i>Cobertura individual</i>	\$1,500
<i>Cobertura familiar</i>	\$1,500: por persona
	\$3,000: por Familia

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$30/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Access+ (sin referencia médica)	\$45/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$30/visita	
Visita del médico en el hogar	\$30/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	\$0	
Otros servicios profesionales		
Visita al consultorio de otro profesional	\$30/visita	
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>		
Consulta por medio de Teladoc Health	\$0	
Planificación familiar		
<ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento, consultas y educación 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Ligadura de trompas 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Vasectomía 	\$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	\$0	
Servicios por Esterilidad		
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Inseminaciones artificiales limitadas a 6 durante la membresía	\$0	
Extracción de ovocito (huevo) limitada a 3 durante la membresía		
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$0	
Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)	\$0	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Transferencia de embriones		
<ul style="list-style-type: none"> • Centro Quirúrgico Ambulatorio • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$0	
Criopreservación limitada a 1 año de conservación durante la membresía para cada uno de los siguientes elementos: espermatozoides, tejido reproductivo, ovocitos (huevos) y embriones	\$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0	
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita	
<i>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.</i>		
Servicios del Médico en la sala de emergencias	\$0	
Servicios de un centro de atención urgente		
	\$30/visita	
Servicios de ambulancia		
	\$100/transporte	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	\$0	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados		
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	\$0	
Servicios de trasplante		
<i>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.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales • Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio		
<i>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.</i>		
Servicios de laboratorio y patología		
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes básicas		
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios		
<i>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).</i>		
• Consultorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes avanzadas		
<i>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).</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación		
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i>		
Consultorio	\$30/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$30/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	20 %	
Sacaleches	\$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Dispositivos y equipos protésicos	\$0	
Servicios de atención de la salud en el hogar	\$30/visita	
<i>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.</i>		
Servicios de infusión y de inyección en el hogar		
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	\$0	
<i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i>		
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia	\$0	
<i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>		
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)		
<i>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.</i>		
SNF independiente	\$0	
SNF en un hospital	\$0	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales	\$0	
<i>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.</i>		
Otros servicios y suministros		
Servicios de atención de la diabetes		
• Dispositivos, equipos y suministros	20 %	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$30/visita	
• Tratamiento médico de nutrición	\$30/visita	
Servicios de diálisis	\$0	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	50 %	

Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$30/visita	
Salud mental por medio de Teladoc Health	\$0	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, 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	\$0	
Programa de Hospitalización Parcial	\$0	
Pruebas psicológicas	\$0	
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	\$0	
Atención en una residencia	\$0	

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 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.

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.

4 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 los Cargos Permitidos 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 por los servicios que no están cubiertos, los cargos que sean mayores que los Cargos Permitidos y los cargos por servicios que sean mayores que cualquier Beneficio máximo.

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.

5 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.

6 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.

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



**Cláusula adicional sobre los Medicamentos
Recetados para Pacientes Ambulatorios**

**Cláusula adicional grupal
HMO/POS**

**Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible
Resumen de Beneficios**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:	Rx Ultra
Formulario de Medicamentos:	Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Quando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Calendario	<i>Por Miembro</i> \$0
--	------------------------

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Quando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$25/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$40/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$250/receta	
Medicamentos recetados en farmacia al por mayor		
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$75/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$120/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$750/receta	

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

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$50/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$500/receta	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en <https://www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2>.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

4 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. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento 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.

Lea la sección 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.

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.

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

Cláusula adicional sobre los Servicios de Acupuntura y Quiropráctica

Cláusula adicional grupal
HMO/POS

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Beneficios Cubiertos con este Beneficio de servicios de acupuntura y quiropráctica.

Beneficios	Su Pago	
<p>American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH, por sus siglas en inglés) debe determinar que los Beneficios Cubiertos son Médicamente Necesarios.</p> <p>Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario. El máximo de 30 visitas es para servicios de acupuntura y quiropráctica combinados.</p> <p>Los servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario, pero cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.</p>	<p>Cuando se usan Proveedores Participantes de Planes ASH</p>	<p>Cuando se usan Proveedores No Participantes</p>
Servicios de Acupuntura		
Visita al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura
Servicios de Quiropráctica		
Visita al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura
Accesorios de quiropráctica	Todos los cargos mayores de \$50	Sin cobertura

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

Introducción

Además de los Beneficios que están en su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), su cláusula adicional brinda cobertura para servicios de acupuntura y quiropráctica según se describe en este documento suplementario. Los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional deben ser brindados por Proveedores Participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH). Estos Beneficios de acupuntura y quiropráctica son independientes de su Plan de salud, pero están sujetos a las disposiciones, limitaciones y exclusiones generales incluidas en su Evidencia de Cobertura. No es necesaria una referencia de su Médico de Atención Primaria.

Planes ASH debe determinar que todos los Beneficios Cubiertos son Médicamente Necesarios, menos (1) el examen inicial y el tratamiento por parte de un Proveedor Participante de Planes ASH; y (2) los Servicios de Emergencia.

Nota: Planes ASH responderá a todos los pedidos de evaluación por Necesidad Médica dentro de los cinco días hábiles de haber recibido el pedido.

No se cubrirán los Beneficios Cubiertos que se reciban de proveedores que no son Proveedores Participantes de Planes ASH, a menos que sean Servicios de Emergencia y, en ciertos casos, que se reciban en condados de California en los que no haya Proveedores Participantes de Planes ASH. Si Planes ASH determina que los Beneficios Cubiertos brindados por un proveedor que no sea un Proveedor Participante son Médicamente Necesarios, usted será el responsable de pagar el Copago de Proveedor Participante.

Beneficios

Servicios de Acupuntura

Los Beneficios están disponibles para los servicios de acupuntura Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, la acupuntura y las terapias adicionales, y las siguientes visitas al consultorio para el tratamiento de:

- dolores de cabeza (tensionales y migrañas);
- dolor articular en la cadera o la rodilla relacionado con la osteoartritis (OA, por sus siglas en inglés);
- dolor articular en otra extremidad relacionado con la OA o la irritación mecánica;
- otros síndromes de dolor relacionados con las articulaciones y con tejidos blandos asociados;
- dolor de espalda y cuello; y
- náuseas por embarazo, cirugía o quimioterapia.

Servicios de Quiropráctica

Los Beneficios están disponibles para los servicios de quiropráctica Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, las siguientes visitas al consultorio y los servicios incluidos a continuación:

- manipulación de las articulaciones de la columna vertebral y de las articulaciones periféricas (ajustes);
- terapias adicionales, como electroestimulación muscular o ejercicios terapéuticos;
- radiografías simples; y

- soportes y accesorios de quiropráctica.

Las visitas para recibir servicios de acupuntura y quiropráctica están limitadas a un máximo por Miembro, por Año Calendario, como se explica en el Resumen de Beneficios. Los Beneficios deben brindarse en un consultorio. Lo referirán a su Médico de Atención Primaria para que evalúe cualquier problema de salud que no sea un Trastorno Musculoesquelético ni un Trastorno Relacionado y para que le brinde otros servicios que no estén cubiertos por esta cláusula adicional, como el diagnóstico por imágenes (por ejemplo: tomografías computarizadas o imágenes por resonancia magnética [CAT y MRI, respectivamente, por sus siglas en inglés]).

Nota: Debe usar todos los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional antes de obtener acceso a los mismos servicios por medio del programa de descuentos para el bienestar "Alternative Care Discount Program" (Programa de descuentos para la atención alternativa). Para conocer más sobre el programa Alternative Care Discount Program, visite www.blueshieldca.com.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Servicio para Miembros

Para todos los servicios de acupuntura y quiropráctica, Blue Shield of California tiene un contrato con Planes ASH para que sea el administrador de los servicios de acupuntura y quiropráctica del Plan. Comuníquese con Planes ASH si tiene preguntas sobre los servicios de acupuntura y quiropráctica, los Proveedores Participantes de Planes ASH, o los Beneficios de acupuntura y quiropráctica.

La información para comunicarse con Planes ASH es la siguiente:

1-800-678-9133
American Specialty Health Plans of California, Inc.
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

Planes ASH puede responder por teléfono muchas de las preguntas.

Exclusiones

Los servicios de acupuntura no incluyen:

- tratamiento del asma;
- tratamiento de una adicción (incluido, entre otros, el tratamiento para dejar de fumar); o
- suplementos nutricionales, con vitaminas, con minerales (incluso suplementos con hierbas) ni otros productos similares.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Definiciones

American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH)	Plan de servicios de atención de la salud especializada habilitado que ha firmado un contrato con Blue Shield of California para brindar servicios de acupuntura y quiropráctica.
Proveedor Participante de Planes ASH	Acupuntor o quiropráctico que tiene un contrato con Planes ASH para brindarles Beneficios Cubiertos a los Miembros.
Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados	Problemas de salud que tienen signos y síntomas vinculados con los sistemas nervioso, muscular y/o esquelético. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados son problemas de salud que suelen clasificarse de la siguiente forma: trastornos estructurales, degenerativos o inflamatorios; o disfunción biomecánica de las articulaciones y/o componentes relacionados de los sistemas muscular o esquelético (músculos, tendones, fascia, nervios, ligamentos/cápsulas, discos y estructuras sinoviales) y enfermedades o manifestaciones asociadas. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados incluyen Trastornos Musculoesqueléticos/Miofasciales, Trastornos Funcionales Musculoesqueléticos y subluxación.

Asegúrese de guardar este documento. No es un contrato, pero forma parte de su EOC.

Local Access+ HMO® Zero Admit 20

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 Local Access+ HMO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Local Access+ HMO. Los Grupos Médicos, las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) y los Médicos de esta red se llaman Proveedores Participantes. Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria de esta red para que le brinde atención primaria y lo ayude a obtener los servicios, pero hay algunas excepciones. Lea su Evidencia de Cobertura para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³

Deducible médico por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$0
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona
		\$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁴

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 EOC.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³

<i>Cobertura individual</i>	\$1,500
<i>Cobertura familiar</i>	\$1,500: por persona
	\$3,000: por Familia

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$20/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Access+ (sin referencia médica)	\$35/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$20/visita	
Visita del médico en el hogar	\$20/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	\$0	
Otros servicios profesionales		
Visita al consultorio de otro profesional	\$20/visita	
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>		
Consulta por medio de Teladoc Health	\$0	
Planificación familiar		
<ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento, consultas y educación 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Ligadura de trompas 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Vasectomía 	\$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	\$0	
Servicios por Esterilidad		
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Inseminaciones artificiales limitadas a 6 durante la membresía	\$0	
Extracción de ovocito (huevo) limitada a 3 durante la membresía		
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$0	
Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)	\$0	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Transferencia de embriones		
<ul style="list-style-type: none"> • Centro Quirúrgico Ambulatorio • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	
Criopreservación limitada a 1 año de conservación durante la membresía para cada uno de los siguientes elementos: espermatozoides, tejido reproductivo, ovocitos (huevos) y embriones	\$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0	
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita	
<i>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.</i>		
Servicios del Médico en la sala de emergencias	\$0	
Servicios de un centro de atención urgente		
	\$20/visita	
Servicios de ambulancia		
	\$100/transporte	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	\$0	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados		
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	\$0	
Servicios de trasplante		
<i>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.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales • Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio		
<i>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.</i>		
Servicios de laboratorio y patología		
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes básicas		
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios		
<i>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).</i>		
• Consultorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes avanzadas		
<i>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).</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación		
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i>		
Consultorio	\$20/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$20/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	20 %	
Sacaleches	\$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Dispositivos y equipos protésicos	\$0	
Servicios de atención de la salud en el hogar	\$20/visita	
<i>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.</i>		
Servicios de infusión y de inyección en el hogar		
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	\$0	
<i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i>		
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia	\$0	
<i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>		
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)		
<i>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.</i>		
SNF independiente	\$0	
SNF en un hospital	\$0	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales	\$0	
<i>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.</i>		
Otros servicios y suministros		
Servicios de atención de la diabetes		
• Dispositivos, equipos y suministros	20 %	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$20/visita	
• Tratamiento médico de nutrición	\$20/visita	
Servicios de diálisis	\$0	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	50 %	

Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$20/visita	
Salud mental por medio de Teladoc Health	\$0	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, 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	\$0	
Programa de Hospitalización Parcial	\$0	
Pruebas psicológicas	\$0	
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	\$0	
Atención en una residencia	\$0	

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 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.

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.

4 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 los Cargos Permitidos 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 por los servicios que no están cubiertos, los cargos que sean mayores que los Cargos Permitidos y los cargos por servicios que sean mayores que cualquier Beneficio máximo.

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.

5 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.

6 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.

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

Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible
Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Cuando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Calendario *Por Miembro* \$0

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$25/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$40/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$250/receta	
Medicamentos recetados en farmacia al por mayor		
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$75/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$120/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$750/receta	

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

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$50/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$500/receta	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en <https://www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2>.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

4 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. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento 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.

Lea la sección 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.

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.

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

**Cláusula adicional
sobre los Servicios de Acupuntura y Quiropráctica**

**Cláusula adicional grupal
HMO/POS**

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Beneficios Cubiertos con este Beneficio de servicios de acupuntura y quiropráctica.

Beneficios	Su Pago	
<p><i>American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH, por sus siglas en inglés) debe determinar que los Beneficios Cubiertos son Médicamente Necesarios.</i></p>		
<p><i>Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario. El máximo de 30 visitas es para servicios de acupuntura y quiropráctica combinados.</i></p>	<p>Cuando se usan Proveedores Participantes de Planes ASH</p>	<p>Cuando se usan Proveedores No Participantes</p>
<p><i>Los servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario, pero cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.</i></p>		
Servicios de Acupuntura		
Visita al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura
Servicios de Quiropráctica		
Visita al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura
Accesorios de quiropráctica	Todos los cargos mayores de \$50	Sin cobertura

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

Introducción

Además de los Beneficios que están en su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), su cláusula adicional brinda cobertura para servicios de acupuntura y quiropráctica según se describe en este documento suplementario. Los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional deben ser brindados por Proveedores Participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH). Estos Beneficios de acupuntura y quiropráctica son independientes de su Plan de salud, pero están sujetos a las disposiciones, limitaciones y exclusiones generales incluidas en su Evidencia de Cobertura. No es necesaria una referencia de su Médico de Atención Primaria.

Planes ASH debe determinar que todos los Beneficios Cubiertos son Médicamente Necesarios, menos (1) el examen inicial y el tratamiento por parte de un Proveedor Participante de Planes ASH; y (2) los Servicios de Emergencia.

Nota: Planes ASH responderá a todos los pedidos de evaluación por Necesidad Médica dentro de los cinco días hábiles de haber recibido el pedido.

No se cubrirán los Beneficios Cubiertos que se reciban de proveedores que no son Proveedores Participantes de Planes ASH, a menos que sean Servicios de Emergencia y, en ciertos casos, que se reciban en condados de California en los que no haya Proveedores Participantes de Planes ASH. Si Planes ASH determina que los Beneficios Cubiertos brindados por un proveedor que no sea un Proveedor Participante son Médicamente Necesarios, usted será el responsable de pagar el Copago de Proveedor Participante.

Beneficios

Servicios de Acupuntura

Los Beneficios están disponibles para los servicios de acupuntura Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, la acupuntura y las terapias adicionales, y las siguientes visitas al consultorio para el tratamiento de:

- dolores de cabeza (tensionales y migrañas);
- dolor articular en la cadera o la rodilla relacionado con la osteoartritis (OA, por sus siglas en inglés);
- dolor articular en otra extremidad relacionado con la OA o la irritación mecánica;
- otros síndromes de dolor relacionados con las articulaciones y con tejidos blandos asociados;
- dolor de espalda y cuello; y
- náuseas por embarazo, cirugía o quimioterapia.

Servicios de Quiropráctica

Los Beneficios están disponibles para los servicios de quiropráctica Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, las siguientes visitas al consultorio y los servicios incluidos a continuación:

- manipulación de las articulaciones de la columna vertebral y de las articulaciones periféricas (ajustes);
- terapias adicionales, como electroestimulación muscular o ejercicios terapéuticos;
- radiografías simples; y

- soportes y accesorios de quiropráctica.

Las visitas para recibir servicios de acupuntura y quiropráctica están limitadas a un máximo por Miembro, por Año Calendario, como se explica en el Resumen de Beneficios. Los Beneficios deben brindarse en un consultorio. Lo referirán a su Médico de Atención Primaria para que evalúe cualquier problema de salud que no sea un Trastorno Musculoesquelético ni un Trastorno Relacionado y para que le brinde otros servicios que no estén cubiertos por esta cláusula adicional, como el diagnóstico por imágenes (por ejemplo: tomografías computarizadas o imágenes por resonancia magnética [CAT y MRI, respectivamente, por sus siglas en inglés]).

Nota: Debe usar todos los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional antes de obtener acceso a los mismos servicios por medio del programa de descuentos para el bienestar "Alternative Care Discount Program" (Programa de descuentos para la atención alternativa). Para conocer más sobre el programa Alternative Care Discount Program, visite www.blueshieldca.com.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Servicio para Miembros

Para todos los servicios de acupuntura y quiropráctica, Blue Shield of California tiene un contrato con Planes ASH para que sea el administrador de los servicios de acupuntura y quiropráctica del Plan. Comuníquese con Planes ASH si tiene preguntas sobre los servicios de acupuntura y quiropráctica, los Proveedores Participantes de Planes ASH, o los Beneficios de acupuntura y quiropráctica.

La información para comunicarse con Planes ASH es la siguiente:

1-800-678-9133
American Specialty Health Plans of California, Inc.
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

Planes ASH puede responder por teléfono muchas de las preguntas.

Exclusiones

Los servicios de acupuntura no incluyen:

- tratamiento del asma;
- tratamiento de una adicción (incluido, entre otros, el tratamiento para dejar de fumar); o
- suplementos nutricionales, con vitaminas, con minerales (incluso suplementos con hierbas) ni otros productos similares.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Definiciones

American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH)	Plan de servicios de atención de la salud especializada habilitado que ha firmado un contrato con Blue Shield of California para brindar servicios de acupuntura y quiropráctica.
Proveedor Participante de Planes ASH	Acupuntor o quiropráctico que tiene un contrato con Planes ASH para brindarles Beneficios Cubiertos a los Miembros.
Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados	Problemas de salud que tienen signos y síntomas vinculados con los sistemas nervioso, muscular y/o esquelético. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados son problemas de salud que suelen clasificarse de la siguiente forma: trastornos estructurales, degenerativos o inflamatorios; o disfunción biomecánica de las articulaciones y/o componentes relacionados de los sistemas muscular o esquelético (músculos, tendones, fascia, nervios, ligamentos/cápsulas, discos y estructuras sinoviales) y enfermedades o manifestaciones asociadas. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados incluyen Trastornos Musculoesqueléticos/Miofasciales, Trastornos Funcionales Musculoesqueléticos y subluxación.

Asegúrese de guardar este documento. No es un contrato, pero forma parte de su EOC.

Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan PPO

Full PPO Combined Deductible 25-250 90/60

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.

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.

Quando se usan Proveedores Participantes³ o No Participantes⁴

Deducible médico por Año Calendario	Cobertura individual	\$250
	Cobertura familiar	\$250: por persona \$750: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁵

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.

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.

	Quando se usan Proveedores Participantes ³	Quando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes ³ o No Participantes ⁴
Cobertura individual	\$3,750	\$7,750
Cobertura familiar	\$3,750: por persona \$7,500: por Familia	\$7,750: por persona \$15,500: por Familia

Beneficios⁶

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 Preventivos⁷				
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	\$25/visita		40 %	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	\$30/visita		40 %	✓
Visita del médico en el hogar	\$25/visita		40 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	10 %	✓	40 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	10 %	✓	40 %	✓
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>	\$25/visita		40 %	✓
Servicios de acupuntura <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	\$25/visita		40 %	✓
Servicios de quiropráctica <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	\$25/visita		40 %	✓
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	10 %	✓	40 %	✓
Servicios por Esterilidad				
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	10 %	✓	40 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Quando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Inseminaciones artificiales limitadas a 6 durante la membresía	10 %	✓	40 %	✓
Extracción de ovocito (huevo) limitada a 3 durante la membresía				
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	5 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	15 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)	10 %	✓	40 %	✓
Transferencia de embriones				
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	5 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	15 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Criopreservación limitada a 1 año de conservación durante la membresía para cada uno de los siguientes elementos: espermatozoides, tejido reproductivo, ovocitos (huevos) y embriones	10 %	✓	40 %	✓
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	10 %	✓	40 %	✓
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0		\$0	

Beneficios⁶
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	\$150/visita más 10 %		\$150/visita más 10 %	
<i>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.</i>				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	10 %		10 %	
Servicios de un centro de atención urgente	\$25/visita		40 %	✓
Servicios de ambulancia	10 %	✓	10 %	✓
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	5 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	15 %	✓	40 % 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	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de trasplante				
<i>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.</i>				
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales 	10 %	✓	Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados				
<i>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.</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	15 %	✓	Sin cobertura	
Servicios del médico	10 %	✓	Sin cobertura	

	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 mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio				
<i>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.</i>				
Servicios de laboratorio y patología				
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>				
• Centro de laboratorio	\$25/visita	✓	40 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$50/visita	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de imágenes básicas				
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$25/visita	✓	40 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$50/visita	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios				
<i>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).</i>				
• Consultorio	\$25/visita	✓	40 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$50/visita	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓

Beneficios⁶

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				
<i>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).</i>				
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	10 %	✓	40 %	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	20 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i>				
Consultorio	\$25/visita	✓	40 % 40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$25/visita	✓	Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	10 %	✓	40 %	✓
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	10 %	✓	40 %	✓
Dispositivos y equipos protésicos	10 %	✓	40 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
<p>Servicios de atención de la salud en el hogar</p> <p><i>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.</i></p>	10 %	✓	Sin cobertura	
<p>Servicios de infusión y de inyección en el hogar</p> <p>Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i></p> <p>Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i></p>	\$45/visita	✓	Sin cobertura	
	\$45/visita	✓	Sin cobertura	
<p>Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p><i>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.</i></p> <p>SNF independiente</p> <p>SNF en un hospital</p>	10 %	✓	40 % 40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓ ✓
<p>Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales</p> <p><i>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.</i></p>	\$0		Sin cobertura	

Beneficios⁶

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				
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes Tratamiento médico de nutrición 	<p>10 %</p> <p>\$25/visita</p> <p>\$25/visita</p>	<p>✓</p> <p></p> <p></p>	<p>40 %</p> <p>40 %</p> <p>40 %</p> <p>40 %</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p></p>
Servicios de diálisis	10 %	✓	Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	10 %	✓	10 %	✓
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	10 %	✓	40 %	✓

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	\$25/visita		40 %	✓
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 transcranial, 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	10 %	✓	40 %	✓
Programa de Hospitalización Parcial	10 %	✓	Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Pruebas psicológicas	10 %	✓	40 %	✓

**Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el
Uso de Sustancias Adictivas**

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	✓	40 %	✓
Servicios hospitalarios	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓
Atención en una residencia	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓

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
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales

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 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 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 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.

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.

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 por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico 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.

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.

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



**Cláusula adicional sobre los Medicamentos
Recetados para Pacientes Ambulatorios**

Cláusula adicional grupal
PPO

**Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible
Resumen de Beneficios**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

**Quando se usan Farmacias Participantes²
o No Participantes³**

Deducible de Farmacias por Año Calendario *Por Miembro* \$0

**Beneficios de Medicamentos
Recetados^{4, 5}**

Su pago

	Quando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹	Quando se usan Farmacias No Participantes³	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 que corresponda	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta		25 % más \$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$25/receta		25 % más \$25/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$40/receta		25 % más \$40/receta	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$250/receta		30 % hasta \$250/receta más 25 % del precio de compra	

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

**Beneficios de Medicamentos
Recetados^{4, 5}**

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹	Cuando se usan Farmacias No Participantes³	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$75/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$120/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$750/receta		Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo				
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$50/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$500/receta		Sin cobertura	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de

verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en <https://www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2>.

3 Uso de Farmacias No Participantes:

Las Farmacias No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados de una Farmacia No Participante, usted debe pagar todos los cargos por el medicamento recetado y presentar después un formulario de reclamación completo para pedir un reembolso. El reembolso dependerá del precio que haya pagado por el Medicamento.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

5 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. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento 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.

Lea la sección 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.

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.

Notas

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.

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

Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan PPO

Full PPO Split Deductible 35-1000 80/60

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.

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.

		Quando se usan Proveedores Participantes ³	Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴
Deducible médico por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$1,000	\$3,000
	<i>Cobertura familiar</i>	\$1,000: por persona	\$3,000: por persona
		\$3,000: por Familia	\$9,000: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁵

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.

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.

	Quando se usan Proveedores Participantes ³	Quando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes ³ o No Participantes ⁴
<i>Cobertura individual</i>	\$5,500	\$10,000
<i>Cobertura familiar</i>	\$5,500: por persona	\$10,000: por persona
	\$11,000: por Familia	\$20,000: por Familia

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de Salud Preventivos⁷				
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	\$35/visita		40 %	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	\$40/visita		40 %	✓
Visita del médico en el hogar	\$35/visita		40 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	20 %	✓	40 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	20 %	✓	40 %	✓
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>	\$35/visita		40 %	✓
Servicios de acupuntura <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	\$25/visita		40 %	✓
Servicios de quiropráctica <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	\$25/visita		40 %	✓
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	20 %	✓	40 %	✓
Servicios por Esterilidad				
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	20 %	✓	40 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Inseminaciones artificiales limitadas a 6 durante la membresía	20 %	✓	40 %	✓
Extracción de ovocito (huevo) limitada a 3 durante la membresía				
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	25 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)	20 %	✓	40 %	✓
Transferencia de embriones				
<ul style="list-style-type: none"> Centro Quirúrgico Ambulatorio 	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	25 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Criopreservación limitada a 1 año de conservación durante la membresía para cada uno de los siguientes elementos: espermatozoides, tejido reproductivo, ovocitos (huevos) y embriones	20 %	✓	40 %	✓
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	20 %	✓	40 %	✓
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0		\$0	

Beneficios⁶

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	\$150/visita más 20 %		\$150/visita más 20 %	
<i>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.</i>				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	20 %		20 %	
Servicios de un centro de atención urgente	\$35/visita		40 %	✓
Servicios de ambulancia	20 %	✓	20 %	✓
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	10 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	25 %	✓	40 % 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	20 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	20 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de trasplante				
<i>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.</i>				
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales 	20 %	✓	Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	20 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados				
<i>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.</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	20 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	25 %	✓	Sin cobertura	
Servicios del médico	20 %	✓	Sin cobertura	

	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 mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio				
<i>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.</i>				
Servicios de laboratorio y patología				
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>				
• Centro de laboratorio	\$35/visita	✓	40 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$60/visita	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de imágenes básicas				
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$35/visita	✓	40 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$60/visita	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios				
<i>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).</i>				
• Consultorio	\$35/visita	✓	40 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$60/visita	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios de imágenes avanzadas				
<i>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).</i>				
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	20 %	✓	40 %	✓
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	30 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i>				
Consultorio	\$35/visita	✓	40 % 40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$35/visita	✓	Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	20 %	✓	40 %	✓
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	20 %	✓	40 %	✓
Dispositivos y equipos protésicos	20 %	✓	40 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
<p>Servicios de atención de la salud en el hogar</p> <p><i>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.</i></p>	20 %	✓	Sin cobertura	
<p>Servicios de infusión y de inyección en el hogar</p> <p>Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i></p> <p>Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i></p>	\$45/visita	✓	Sin cobertura	
	\$45/visita	✓	Sin cobertura	
<p>Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p><i>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.</i></p> <p>SNF independiente</p> <p>SNF en un hospital</p>	20 %	✓	40 % 40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓ ✓
<p>Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales</p> <p><i>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.</i></p>	\$0		Sin cobertura	

Beneficios⁶

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				
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes Tratamiento médico de nutrición 	<p>20 %</p> <p>\$35/visita</p> <p>\$35/visita</p>	<p>✓</p> <p></p> <p></p>	<p>40 %</p> <p>40 %</p> <p>40 %</p> <p>40 %</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p></p>
Servicios de diálisis	20 %	✓	Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	20 %	✓	20 %	✓
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	20 %	✓	40 %	✓

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	\$35/visita		40 %	✓
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 en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio	20 %	✓	40 %	✓
Programa de Hospitalización Parcial	20 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Pruebas psicológicas	20 %	✓	40 %	✓

**Beneficios de Salud Mental o por Trastornos por el
Uso de Sustancias Adictivas**

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴	Se aplica el CYD²
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	✓	40 %	✓
Servicios hospitalarios	20 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓
Atención en una residencia	20 %	✓	40 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	✓

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
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales

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 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 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 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.

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 por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico 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.

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.

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



**Cláusula adicional sobre los Medicamentos
Recetados para Pacientes Ambulatorios**

Cláusula adicional grupal
PPO

**Enhanced Rx \$10/25/40 with \$0 Pharmacy Deductible
Resumen de Beneficios**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

**Cuando se usan Farmacias Participantes²
o No Participantes³**

Deducible de Farmacias por Año Calendario *Por Miembro* \$0

**Beneficios de Medicamentos
Recetados^{4, 5}**

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹	Cuando se usan Farmacias No Participantes³	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 que corresponda	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta		25 % más \$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$25/receta		25 % más \$25/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$40/receta		25 % más \$40/receta	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$250/receta		30 % hasta \$250/receta más 25 % del precio de compra	

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

**Beneficios de Medicamentos
Recetados^{4, 5}**

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹	Cuando se usan Farmacias No Participantes³	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$75/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$120/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$750/receta		Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo				
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$50/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$500/receta		Sin cobertura	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de

verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en <https://www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2>.

3 Uso de Farmacias No Participantes:

Las Farmacias No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados de una Farmacia No Participante, usted debe pagar todos los cargos por el medicamento recetado y presentar después un formulario de reclamación completo para pedir un reembolso. El reembolso dependerá del precio que haya pagado por el Medicamento.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

5 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. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento 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.

Lea la sección 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.

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.

Notas

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.

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

SmileSM Spectrum Premier Plus 50/1500/Ortho/U90

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 Dentales:

Red de DPPO

Este Plan usa una red específica de proveedores de atención dental llamada red de proveedores de DPPO. Los dentistas de esta red se llaman Dentistas Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Dentista Participante que cuando se atiende con un Dentista No Participante. Puede encontrar Dentistas Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducible 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 Dentistas Participantes³ o No Participantes⁴
Deducible por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$50 por persona
	<i>Cobertura familiar</i>	\$50: por persona
		\$150: por Familia

Beneficio Máximo por Año Calendario⁵

Este Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros por año.

	Cuando se usan Dentistas Participantes³ o No Participantes⁴
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,500: por persona

Beneficio Máximo por Año Calendario (Servicios de Ortodoncia)⁵

Este máximo para los Servicios de Ortodoncia cubiertos es independiente del Beneficio máximo por Año Calendario que está arriba y adicional a ese Beneficio. Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.

	Cuando se usan Dentistas Participantes³ o No Participantes⁴
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,000: por persona

Período de espera

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos.

Período de espera	No hay período de espera
--------------------------	--------------------------

Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

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

Beneficios^{6,7,8}

Su pago

	Quando se usan Dentistas Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Quando se usan Dentistas No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios preventivos y de diagnóstico				
Examen bucodental	\$0		\$0	
Atención preventiva: limpieza	\$0		\$0	
Atención preventiva: radiografías	\$0		\$0	
Aplicación de flúor tópico	\$0		\$0	
Mantenimiento periodontal	\$0		\$0	
Beneficios dentales ampliados para embarazadas	\$0		\$0	
Servicios básicos				
Selladores, por diente	10 %	✓	20 %	✓
Separadores fijos	10 %	✓	20 %	✓
Procedimientos reconstructivos	10 %	✓	20 %	✓
Cirugía bucodental	10 %	✓	20 %	✓
Endodoncia	10 %	✓	20 %	✓
Periodoncia (que no sea de mantenimiento)	10 %	✓	20 %	✓
Servicios mayores				
Coronas y moldes de yeso	40 %	✓	50 %	✓
Prótesis dentales	40 %	✓	50 %	✓
Implantes	40 %	✓	50 %	✓
Ortodoncia				
	50 %		50 %	
<i>Los Beneficios de Ortodoncia están cubiertos para adultos y niños.</i>				

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 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 por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible 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.

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 haya pagado para el Deducible de su plan individual se aplicará tanto al Deducible individual como al Deducible Familiar de su nuevo plan.

3 Uso de Dentistas Participantes:

Los Dentistas Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista 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 Dentistas No Participantes:

Los Dentistas No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista No Participante, usted es responsable de ambos gastos:

- 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 (que puede ser alto).

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

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no están cubiertos ni cuentan para los Beneficios máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

La cantidad de reembolso que corresponde a servicios brindados por Dentistas No Participantes es la tarifa normal, habitual y razonable (tarifa UCR, por sus siglas en inglés). La tarifa UCR es el costo de un servicio típico dentro de una determinada región y puede variar según el lugar en el que recibe los servicios. Cuando recibe servicios de un Dentista No Participante, usted paga cualquier cantidad que sea mayor que la tarifa UCR. La Cantidad Permitida se calcula sobre la base del percentil 90 de la tarifa UCR.

5 Beneficio(s) Máximo(s):

Su pago después de llegar a cualquier Beneficio máximo. Pagará el 100 % de todos los cargos después de llegar a un Beneficio máximo.

Todos los Servicios Cubiertos cuentan para el Beneficio máximo por Año Calendario, menos los Servicios de Ortodoncia. El Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros.

Todos los Servicios de Ortodoncia Cubiertos cuentan para el Beneficio de Ortodoncia máximo por Año Calendario. El Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros.

Los beneficios dentales ampliados para embarazadas no se aplican al Beneficio Máximo por Año Calendario.

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.

7 Servicios de Atención Dental:

Todos los Beneficios de atención dental 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 se aplica a un ciclo de tratamiento durante la membresía. El ciclo de tratamiento se debe recibir en un período de 24 meses consecutivos. Esto aplica solamente si el Miembro permanece inscrito en el Plan. Todos los procedimientos hechos en relación con el tratamiento de Ortodoncia se pagan como Servicios de Ortodoncia Cubiertos.

8 Autorización previa:

Autorización previa o certificación previa para los Servicios Cubiertos. Antes del comienzo de cualquier tratamiento que se espera que cueste más de \$250, usted debe conseguir la autorización previa de los Beneficios, excepto en una emergencia.

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

Vision Deluxe 15/25/130

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Es solo un resumen y forma parte del Certificado de Seguro (COI, por sus siglas en inglés).¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Este Plan usa una red contratada de proveedores de atención de la vista. 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.

Límites de Frecuencia de los Beneficios

Este Plan paga hasta la Asignación y los límites de frecuencia, como se indica para los Servicios Cubiertos.

Examen completo	Uno cada 12 meses consecutivos
Anteojos o lentes de contacto	Uno cada 12 meses consecutivos
Armazón para anteojos	Uno cada 12 meses consecutivos
Examen de baja visión	Uno cada 12 meses consecutivos

Período de espera

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos.

Período de espera	No hay período de espera
--------------------------	--------------------------

Sin Deducible

En este Plan, no hay una cantidad de dinero que tenga que pagar un Asegurado antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos.

Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

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

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴
Exámenes de la vista		
Examen completo <i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>		
Visita oftalmológica	\$15	Todos los cargos mayores de \$60
Visita optométrica	\$15	Todos los cargos mayores de \$60
Diagnóstico por imágenes de retina <i>Uno por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante.</i>	\$39	Sin cobertura
Prueba y evaluación de lentes de contacto estándar <i>Una por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante.</i>	\$15	Sin cobertura
Productos para la vista/Materiales		
Armazón para anteojos <i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>	\$25 más todos los cargos mayores de \$130	Todos los cargos mayores de \$85
Anteojos de sol Plano (no recetados) <i>Uno por Asegurado cada 12 meses, en lugar de un armazón para anteojos, cuando son recetados por un Proveedor Participante o un cirujano después de una cirugía para corregir la vista.</i>	\$25 más todos los cargos mayores de \$130	Todos los cargos mayores de \$85
Tratamientos para lentes y lentes para anteojos <i>Un par de lentes por Asegurado cada 12 meses.</i>		
• Visión simple	\$25	Todos los cargos mayores de \$43
• Bifocales con línea divisoria	\$25	Todos los cargos mayores de \$60
• Trifocales con línea divisoria	\$25	Todos los cargos mayores de \$75
• Lenticulares	\$25	Todos los cargos mayores de \$200
• Lentes de policarbonato (solo para niños Dependientes)	\$25 más todos los cargos mayores de \$100	Todos los cargos mayores de \$75
• Lentes de visión simple fotocromáticos de policarbonato (solo para niños Dependientes)	\$25 más todos los cargos mayores de \$160	Todos los cargos mayores de \$115

Beneficios²

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴
<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar (bifocales sin línea divisoria) 	\$25	Todos los cargos mayores de \$75
<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos de calidad superior (bifocales sin línea divisoria) 	\$25 más todos los cargos mayores de \$140	Todos los cargos mayores de \$100
<ul style="list-style-type: none"> Revestimiento antirreflectante 	\$25 más todos los cargos mayores de \$50	Todos los cargos mayores de \$35
<ul style="list-style-type: none"> Lentes fotocromáticos 	\$25 más todos los cargos mayores de \$200	Todos los cargos mayores de \$150
Lentes de contacto <i>Los Lentes de Contacto Optativos o No Optativos se brindan por Asegurado cada 12 meses. Los beneficios se brindan en lugar de lentes y armazones para anteojos hasta la Asignación.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Optativos (fines estéticos o comodidad) 	\$25 más todos los cargos mayores de \$130	Todos los cargos mayores de \$85
<ul style="list-style-type: none"> No Optativos (Médicamente Necesarios) <p><i>Se necesita un informe del proveedor y autorización previa del VPA.</i></p>	\$25	Todos los cargos mayores de \$250
<ul style="list-style-type: none"> Lentes híbridos y esclerales <p><i>Se necesita un informe del proveedor y autorización previa del VPA.</i></p>	Todos los cargos mayores de \$350	Todos los cargos mayores de \$350
Otros servicios		
Equipos y exámenes de baja visión <i>Uno por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante. El examen debe ser Médicamente Necesario.</i>	25 % más todos los cargos mayores de \$1,000	Sin cobertura

Notas

1 Certificado de Seguro (COI):

El Certificado de Seguro (COI) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el COI para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del COI en cualquier momento.

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

2 Servicios de Atención de la Vista:

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

Lentes de contacto. La Asignación para lentes de contacto puede usarse para cubrir las tarifas de la prueba. Si recibe Lentes de Contacto Optativos o No Optativos, no tendrá a su disposición Beneficios para lentes ni armazones para anteojos, a menos que cumpla con la frecuencia del Beneficio.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable de:

- el Copago, y
- cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.

Cuando el Proveedor Participante usa precios de tiendas mayoristas, las Asignaciones máximas para armazones son las siguientes:

- Asignación de tienda mayorista: \$88.83.

Nota: Estos precios reemplazan la Asignación para armazones que está en el Resumen de Beneficios. Si se elige un armazón más caro en un lugar del proveedor que usa precios de tiendas mayoristas, la Persona Asegurada es responsable de pagar el costo adicional que esté por encima de la Asignación de tienda mayorista. Los Proveedores Participantes que usan precios de tiendas mayoristas están identificados en el directorio de Proveedores Participantes en blueshieldca.com.

4 Uso de Proveedores No Participantes:

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

- cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.
-

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

James Perse Enterprises, LLC

**Seguro de vida y por muerte y desmembramiento
accidentales (AD&D) temporal grupal básico**

James Perse Enterprises Inc. – Todos los empleados elegibles

Resumen de Beneficios Desde el 1 de agosto de 2026

El seguro de vida temporal grupal básico es una parte importante de un paquete de beneficios completo, ya que les brinda protección a usted y a sus beneficiarios. La siguiente información le explicará cómo nuestra cobertura puede satisfacer sus necesidades.

Beneficio del seguro de vida temporal grupal básico para empleados		1 vez su sueldo hasta \$200,000
Cláusula de reducción según la edad	Cuando cumpla 65 años, su beneficio se reducirá al 65 % de la cantidad original, y al 50 % de la cantidad original cuando cumpla 70 años.	
Cláusula sobre exención de primas	Si se ve afectado por una discapacidad total, como se define en el certificado, podrá mantener la cobertura de su seguro de vida sin pagar ninguna prima. La cantidad de la cobertura será la cobertura ofrecida cuando quede discapacitado. Esta exención está sujeta a limitaciones de edad, reducciones y cancelaciones.	
Anticipación del beneficio por muerte	Si se ve afectado por una enfermedad terminal, podrá elegir un pago anticipado de hasta el 50 % del beneficio por muerte, hasta un máximo de \$250,000.	
Conversión	Si se queda sin trabajo, podrá convertir la cobertura de su seguro de vida temporal grupal básico en una póliza de seguro de vida permanente. Debe pedir la conversión dentro de los 31 días siguientes al fin del empleo. Las tarifas dependen de su edad al momento de la conversión.	

Beneficio del seguro por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) temporal grupal básico para empleados	
Tipo de pérdida	Parte de la suma principal
Pérdida de la vida	100 %
Pérdida de una mano o de un pie, o pérdida total de la vista de un ojo o de la audición de un oído	50 %
Pérdida de un brazo o de una pierna	75 %
Pérdida total de la vista de ambos ojos o de la audición de ambos oídos	100 %

Pérdida de los dedos pulgar e índice o de cuatro dedos de una misma mano	25 %
Pérdida de todos los dedos de un pie	25 %
Pérdida del habla	50 %
Pérdida del habla y de la audición	100 %
Parálisis de ambas extremidades superiores e inferiores (tetraplejía)	100 %
Parálisis de ambas extremidades superiores o inferiores (paraplejía)	75 %
Parálisis de las extremidades superiores e inferiores de un lado (hemiplejía)	50 %
Parálisis de un brazo o de una pierna	25 %

Beneficio del seguro AD&D temporal grupal básico para empleados	Cláusulas adicionales al momento del pago de un beneficio del seguro AD&D
Beneficio por uso del cinturón de seguridad y el airbag (bolsa de aire)	Se pagará un beneficio adicional del 10 % hasta un máximo de \$25,000 si muere en un accidente automovilístico (ya sea como conductor o pasajero) mientras usaba correctamente el cinturón de seguridad y se activó el airbag al momento del accidente.
Beneficio especial para educación Cónyuge o pareja conviviente e hijos	Su cónyuge o pareja conviviente es elegible para recibir un beneficio por única vez de hasta \$5,000 como máximo cuando se inscribe como estudiante de tiempo completo. Cada uno de sus hijos es elegible para recibir un beneficio de \$2,500/año (4 años consecutivos) al momento de la inscripción, antes de los 26 años y en el plazo de un año desde la fecha de su muerte, como estudiante de tiempo completo en una institución de educación superior, universitaria o vocacional acreditada. El beneficio máximo que se pagará por hijo es de \$10,000.
Beneficio de repatriación	Se pagará un beneficio adicional de hasta \$2,000 como máximo, para los fines incluidos en el certificado, si muere a una distancia mínima de 100 millas (aproximadamente 160 kilómetros) de su dirección permanente.
Beneficio por estado de coma	Se pagará un beneficio adicional del 50 % si entra en estado de coma como consecuencia directa de un accidente y queda en ese estado durante 60 días.
Beneficio por agresión delictiva	Se pagará un beneficio adicional del 10 % si sufre una pérdida como consecuencia de un acto delictivo violento o agresión delictiva. La agresión delictiva debe haber sido hecha por una persona que no sea ni compañero de trabajo, ni miembro de su familia ni nadie que viva en su hogar, y debe haber ocurrido durante su horario de trabajo o en las instalaciones de su empleador.
Beneficio por transporte colectivo	Se pagará un beneficio adicional si muere como consecuencia de un accidente mientras se trasladaba como pasajero pago en un transporte público.
Beneficio por reimplante quirúrgico	Se pagará un beneficio adicional por una pérdida si sufre el desmembramiento de una parte del cuerpo como consecuencia de una lesión y su reimplante quirúrgico fracasa dentro de 365 días desde la fecha en que se hizo.

Este Resumen de Beneficios brinda información general del seguro de vida temporal grupal básico de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) disponible para empleados elegibles. Lea su Certificado para ver una descripción completa de los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y demás términos y condiciones de la cobertura.

En caso de que haya una discrepancia entre la versión en inglés y la versión en español de este Resumen de Beneficios, prevalecerá la versión en inglés.

El seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) temporal grupal básico está asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

2.

Busque un proveedor y obtenga información sobre los medicamentos recetados

Use la información de esta sección para buscar un médico e informarse sobre sus opciones de medicamentos recetados.

Encuentre el médico que prefiera

Blue Shield cree que buscar un médico no debería causarle un dolor de cabeza. Por eso, el sitio web blueshieldca.com incluye nuestras listas más actualizadas de médicos, especialistas, farmacias y hospitales.

¡Lo hacemos más fácil!

Es fácil encontrar la lista más reciente de médicos, especialistas, proveedores de salud mental, hospitales, dentistas, proveedores de atención de la vista o farmacias. Visite blueshieldca.com y seleccione *Find a Doctor* (Buscar un médico) desde el menú. Estos son algunos accesos directos útiles:

1. Cómo empezar depende del tipo de plan:

- Para Access+ HMO®: Visite blueshieldca.com/networkhmo.
- Para Local Access+ HMO®: Visite blueshieldca.com/networklocalaccess.
- Para Access+ HMO SaveNetSM: Visite blueshieldca.com/networksavenet.
- Para Trio HMO: Visite blueshieldca.com/networktriohmo.
- Para PPO: Visite blueshieldca.com/pponetwork.

- Para Tandem PPO: Visite blueshieldca.com/networktandemppo.

2. Seleccione el tipo de proveedor que necesita (p. ej., un médico, un centro de atención, un proveedor de salud mental, etc.).
3. Ingrese el lugar que prefiere.
4. Seleccione si desea buscar por especialidad del proveedor o por nombre del proveedor.
5. Se mostrarán los resultados relevantes.

Consideraciones especiales para cada tipo de plan

Si se inscribe en un plan HMO

Cuando se inscribe en un plan HMO, usted y sus dependientes deben elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que brinde servicios a no más de 15 millas (24 km) o 30 minutos de viaje en automóvil* del lugar donde usted vive o trabaja. Puede buscar su PCP con la herramienta *Find a Doctor* (Buscar un médico) de Blue Shield of California que está disponible en blueshieldca.com o llamar a Servicio para Miembros para obtener ayuda. Si al inscribirse no elige un PCP, le asignaremos uno nosotros; después podrá cambiar su PCP en cualquier momento. Los PCP brindan controles de rutina, inmunizaciones y atención urgente, y lo refieren a especialistas.

Si se inscribe en un plan PPO

Como miembro de un plan PPO, puede elegir su propio médico y no necesita una referencia para consultar a un especialista. Elegir un proveedor de las redes PPO puede hacerle ahorrar dinero y garantizarle que recibirá el nivel más alto de beneficios disponibles para usted.

Si visita a médicos que no están en la red PPO, es posible que deba pagar copagos más altos, además de cualquier cargo que supere la cantidad permitida de Blue Shield para los servicios.

Si obtiene acceso a la atención fuera de California

Los miembros de planes PPO que obtengan acceso a la atención fuera de California pueden hacerlo por medio de la red del programa BlueCard®, que incluye acceso a más del 95% de los médicos y 96% de los hospitales de todo el país. Siempre que sea posible, debe elegir un médico o un hospital de la red BlueCard para ahorrar dinero y asegurarse de recibir el nivel más alto de beneficios disponibles para usted. Si visita a médicos que no están en la red BlueCard, es posible que deba pagar copagos más altos, además de cualquier cargo que supere la cantidad permitida de Blue Shield para los servicios.

Para buscar un médico o un hospital de la red BlueCard en los Estados Unidos, visite provider.bcbs.com o llame sin cargo a BlueCard Access al **(800) 810-BLUE (2583)**.

Para buscar un médico o un hospital de la red internacional Blue Shield Global Core, visite bcbsglobalcore.com. También puede llamar al Blue Shield Global Core Service Center (Centro de Servicios de Blue Shield Global Core) al **(800) 810-BLUE (2583)** desde los Estados Unidos o llamar por cobro revertido al **(804) 673-1177** desde el exterior.

* Las áreas de servicio de los médicos de atención primaria varían según el contrato.

Programa de medicamentos recetados

Nuestro programa de medicamentos recetados brinda acceso a una red de farmacias independientes y de cadenas, así como a una farmacia de servicio por correo y farmacias especializadas. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/pharmacy.

Farmacias independientes y de cadenas

La red de farmacias de Blue Shield incluye todas las cadenas de farmacias más importantes y la mayoría de las farmacias independientes de California. Es fácil encontrar una farmacia de la red de su localidad. Busque en nuestra lista de farmacias en Internet, donde encontrará la información más actualizada:

- Visite blueshieldca.com/pharmacy y vaya a la sección *Pharmacy networks* (Redes de farmacias).
- Si desea encontrar una farmacia en la que su medicamento recetado esté cubierto, visite blueshieldca.com y seleccione *Find a Doctor* (Buscar un médico) desde el menú, y después seleccione *Pharmacies* (Farmacias).

Farmacia de servicio por correo

Ofrecemos el beneficio de una farmacia de servicio por correo que le deja recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento cubiertos por correo. Este servicio está disponible si usted toma de manera permanente dosis estables de medicamentos de mantenimiento cubiertos para el tratamiento de problemas de salud crónicos, como la hipertensión arterial. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/90dayRX.

Farmacia especializada

Las farmacias especializadas de la red están disponibles para los miembros de Blue Shield. Estas farmacias brindan entregas convenientes de medicamentos especializados, que incluyen los medicamentos inyectables de autoadministración. Todos los suministros necesarios para la administración de medicamentos especializados inyectables (como agujas y jeringas, hisopos humedecidos con alcohol, recipientes para objetos que cortan o pinchan, etc.) se incluyen sin ningún costo adicional.

Se exige autorización previa para los medicamentos especializados. Los miembros a quienes se les receten medicamentos inyectables de autoadministración con un beneficio de medicamentos especializados deben obtener esos medicamentos en una farmacia especializada de la red.

Averigüe si su medicamento recetado está cubierto

El formulario de medicamentos de Blue Shield es una lista de medicamentos genéricos y de marca preferidos.

Es fácil averiguar si su medicamento está cubierto en nuestro formulario. Visite blueshieldca.com/pharmacy y seleccione *Drug formularies* (Formularios de medicamentos) para encontrar un formulario de medicamentos que le corresponda.

Cómo comunicarse con nosotros

Si tiene alguna pregunta sobre la información de este folleto, llame a un representante de Blue Shield a alguno de los números que están a continuación. El servicio está disponible en varios idiomas.

Servicio para Miembros	(888) 256-1915	8 a.m. to 5 p.m PST, De Lunes a Viernes
Servicio para Miembros de los planes Trio HMO	(855) 829-3566	7 a.m. to 7 p.m PST, De Lunes a Viernes
Servicio para Miembros de los planes Dental	(888) 702-4171	8 a.m. to 5 p.m PST, De Lunes a Viernes
Servicio para Miembros de los planes de la vista	(877) 601-9083	8 a.m. to 5 p.m PST, De Lunes a Viernes

O puede visitarnos en línea en **blueshieldca.com**, en cualquier momento, ya sea de día o de noche.

Aviso de prácticas de privacidad

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Este Aviso describe cómo se podrá usar y revelar su información médica como miembro de Blue Shield y de qué manera usted puede obtener acceso a dicha información.

Nuestro compromiso con la privacidad

En Blue Shield, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger dicha información.

En nuestras actividades habituales, creamos registros sobre usted, su tratamiento médico y los servicios que le brindamos. La información de estos registros recibe el nombre de “información protegida sobre la salud” (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye datos personales que lo identifican individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Para cumplir con la ley estatal y federal, debemos brindarle este Aviso de nuestras prácticas de privacidad y nuestras obligaciones legales con respecto a su PHI. Tenemos la obligación de mantener la privacidad de su PHI y de avisarle en caso de que usted se vea afectado por la revelación de PHI vulnerable. Cuando usamos o hacemos pública (“revelamos”) su PHI, estamos sujetos a los términos de este Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o guardamos con su PHI.

Cómo protegemos su privacidad

Contamos con medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para garantizar la privacidad de su PHI. Para proteger su privacidad, solo los miembros del personal de Blue Shield que tienen autorización y entrenamiento adecuado pueden acceder a nuestros registros electrónicos e impresos y a las áreas privadas donde se almacena esta información.

Los miembros del personal reciben entrenamiento en los siguientes temas:

- Procedimientos y políticas de protección de datos y privacidad, lo que incluye cómo etiquetar, almacenar y archivar los registros impresos y electrónicos, y cómo obtener acceso a dichos registros.
- Medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para mantener la privacidad y seguridad de su PHI.

Nuestra Oficina de Privacidad corporativa controla la manera en que cumplimos con los procedimientos y las políticas de privacidad, y brinda asesoramiento a nuestra organización sobre este tema tan importante.

Cómo usamos y revelamos su PHI

Usos de la PHI sin su autorización.

De ser necesario, podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito mientras le brindamos beneficios y servicios

Y0118_20_669E_C_SP 09012020

relacionados con la salud. Podemos revelar su PHI para los siguientes fines:

• **Tratamientos:**

- Para compartirla con enfermeros, médicos, farmacéuticos, optometristas, promotores de salud y otros profesionales de atención de la salud de manera que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarlo a obtener servicios y tratamientos que pueda necesitar; por ejemplo, pedir pruebas de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar su atención de la salud y los servicios relacionados con un profesional o un centro de atención de la salud.

• **Pagos:**

- Para obtener el pago de las primas de su cobertura.
- Para tomar decisiones de cobertura; por ejemplo, hablar con un profesional de atención de la salud sobre el pago por los servicios que le brindó.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que usted pudiera tener; por ejemplo, hablar con otro plan o aseguradora de salud para determinar su elegibilidad o su cobertura.
- Para obtener el pago de un tercero que pudiera ser responsable del pago; por ejemplo, un familiar.
- Para determinar y cumplir de cualquier otra manera nuestra responsabilidad de brindarle sus beneficios de salud; por ejemplo, para administrar reclamaciones.

• **Actividades relacionadas con la atención de la salud:**

- Para brindar servicio al cliente.
- Para apoyar y/o mejorar los programas o servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede obtener acceso o brindarle

recordatorios de tratamientos o servicios de atención de la salud.

- Para colaborar con otro plan de salud, aseguradora o profesional de atención de la salud que mantengan un vínculo con usted y mejorar así los programas que le ofrecen; por ejemplo, para la administración de casos o para que se respete un acuerdo con una organización responsable del cuidado de la salud (ACO, por sus siglas en inglés) o con un hogar médico centrado en el paciente.
- Para la evaluación de la información médica (*underwriting*), la fijación de cuotas, la clasificación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato para un seguro o una cobertura de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que no usaremos ni revelaremos la PHI que incluya información genética para evaluar su información médica, ya que está prohibido por la ley federal.

También podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito para otros fines, en la medida que lo permita o exija la ley. Esto incluye lo siguiente:

• **Revelaciones a otras personas que participan en su atención de la salud.**

- Si usted está presente o disponible de alguna otra manera para indicarnos que lo hagamos, podemos revelar su PHI a otras personas; por ejemplo, a un familiar, a un amigo cercano o a la persona que le brinda cuidados.
- Si usted tiene una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, o si falleció, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si revelar su PHI a otras personas puede beneficiarlo de algún modo. Si revelamos su PHI en una situación en la que usted no está disponible, revelaremos solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o para el pago relacionado con el tratamiento.

También podemos revelar su PHI para avisar (o ayudar a avisar) a dichas personas acerca de su ubicación, su estado de salud general o su fallecimiento.

- En el caso de un menor de edad, podemos revelar la PHI a cualquiera de sus padres.

• **Revelaciones al patrocinador de su plan.** Podemos revelar su PHI al patrocinador de su plan de salud grupal, que puede ser su empleador, o a una compañía que actúe en nombre del patrocinador del plan, para que puedan hacer tareas relacionadas con el control, la auditoría y la administración del plan de salud en el que usted participa. Su empleador no puede usar la PHI que revelamos para ningún otro fin que no sea la administración de sus beneficios. Consulte los documentos del plan del patrocinador de su plan para saber si su empleador/patrocinador del plan recibe PHI y para ver una explicación completa sobre las revelaciones y los usos limitados que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI.

• **Revelaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.** Podemos revelar su PHI:

- A compañías que brindan ciertos servicios en nombre de Blue Shield. Por ejemplo, podemos contar con la participación de proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoramiento a los miembros con enfermedades crónicas, como diabetes y asma.
- A organizaciones de acreditación, como el National Committee for Quality Assurance (NCQA, Comité Nacional de Garantía de Calidad), para controlar la calidad.

Tenga en cuenta que, antes de compartir su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito de la organización de acreditación o del proveedor para proteger la privacidad de su PHI.

• **Comunicaciones.** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y brindarle información sobre la cobertura, los beneficios, los programas y servicios relacionados con la salud, los recordatorios de tratamientos o las alternativas de tratamiento disponibles en su plan de salud de Blue Shield. No usamos su PHI con el fin de recaudar fondos.

• **Salud o seguridad.** Podemos revelar su PHI para prevenir o atenuar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de las personas en general.

• **Actividades relacionadas con la salud pública.** Podemos revelar su PHI:

- Para brindar información sobre la salud a autoridades de salud pública autorizadas por ley para recibir dicha información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o de controlar las inmunizaciones.
- Para denunciar abuso o abandono de niños, o abuso de adultos, incluidos los casos de violencia en el hogar, a una autoridad del gobierno autorizada por ley para recibir dichas denuncias.
- Para brindar información sobre un producto o una actividad regulados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) de los Estados Unidos a una persona responsable de la calidad, la seguridad o la eficacia del producto o la actividad.
- Para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible, siempre y cuando la ley nos permita hacerlo.

• **Actividades relacionadas con el control de la salud.** Podemos revelar su PHI:

- A una agencia del gobierno legalmente responsable de supervisar el sistema de atención de la salud o de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas de beneficios del gobierno, como Medicare o Medicaid.

- A otros programas reglamentarios que necesitan información sobre la salud para determinar el cumplimiento.
- **Investigación.** Podemos revelar su PHI para hacer investigaciones, pero siempre según lo que permita la ley.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos usar y revelar su PHI para cumplir con la ley.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos revelar su PHI en un procedimiento judicial o administrativo, o en respuesta a una orden judicial válida.
- **Funcionarios responsables del cumplimiento de la ley.** Podemos revelar su PHI a la policía o a otros funcionarios responsables del cumplimiento de la ley, según lo exija la ley, o para cumplir con una orden judicial o con otro proceso autorizado por ley.
- **Funciones gubernamentales.** Podemos revelar su PHI a diversos departamentos del gobierno, como las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos, según lo exija la ley.
- **Compensación por accidentes de trabajo.** Podemos revelar su PHI cada vez que sea necesario para cumplir con las leyes de compensación por accidentes de trabajo.

Usos de la PHI que requieren su autorización. Excepto para los fines descritos anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito para usar o revelar su PHI. Por ejemplo, no usaremos su PHI para fines de comercialización sin su autorización previa por escrito ni brindaremos su PHI a un posible empleador sin su autorización por escrito.

Usos y revelación de cierta PHI considerada “altamente confidencial”. Para ciertos tipos de PHI, es posible que la ley federal y estatal exija un mayor nivel de protección de la privacidad. Esto incluye la PHI que está relacionada con lo siguiente:

- Notas de terapia psicológica.

- Prevención, tratamiento y referencia por abuso de alcohol y drogas.
- Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.
- Enfermedades venéreas y/o transmisibles.
- Pruebas genéticas.

Solo podemos revelar este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa por escrito, excepto cuando la ley lo permita o lo exija específicamente.

Cancelación de la autorización. En cualquier momento, usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya entregado previamente. La cancelación, que deberá ser enviada por escrito, se aplicará a usos y revelaciones futuros de su PHI. No afectará los usos o las revelaciones hechos con anterioridad, mientras su autorización estaba vigente.

Sus derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que Blue Shield crea, obtiene y/o guarda sobre usted:

- **Derecho a pedir limitaciones.** Puede pedirnos que limitemos la forma en que usamos y revelamos su PHI para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con la atención de la salud, según se explica en este Aviso. No estamos obligados a aceptar sus pedidos de limitación; sin embargo, los analizaremos cuidadosamente.

Si aceptamos un pedido de limitación, lo cumpliremos hasta que usted pida o acepte cancelar la limitación. Es posible que también le informemos que decidimos cancelar lo que aceptamos con respecto a una limitación. En ese caso, la cancelación será solo para la PHI creada o recibida después de haberle informado de la cancelación.

- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Puede indicar que desea recibir por medios alternativos o en lugares alternativos las comunicaciones de Blue Shield que contengan PHI.

Según lo exija la ley y en la medida que sea posible, nos adaptaremos a los pedidos razonables. Tal vez le pidamos que haga su pedido por escrito. Si su pedido está relacionado con un niño menor de edad, tal vez le solicitemos que brinde documentación legal que apoye su pedido.

- **Derecho a obtener acceso a su PHI.**

Puede indicar que desea revisar o recibir una copia de cierta PHI que guardamos sobre usted en un "conjunto de registros designado". Esto incluye, por ejemplo, registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y sistemas de registro de administración médica o de casos, y toda aquella información que usamos para tomar decisiones relacionadas con usted. Su pedido debe presentarse por escrito. En la medida de lo posible y según lo exija la ley, le entregaremos una copia de su PHI de la manera (impresa o electrónica) y en el formato que usted la pida. Si pide una copia de su PHI, es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo, por preparar, fotocopiar y/o enviarle por correo la PHI. En ciertas circunstancias limitadas y permitidas por la ley, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros.

- **Derecho a hacer cambios en sus registros.**

Usted tiene derecho a pedirnos que hagamos correcciones o cambios en la PHI que guardamos sobre usted en un conjunto de registros designado. Su pedido debe presentarse por escrito y debe incluir una explicación de la razón por la cual usted desea que se hagan cambios en su PHI. Si decidimos que la PHI no es correcta o está incompleta, la corregiremos según lo permita la ley. Si la PHI que desea cambiar fue creada por un médico o un centro de atención de la salud, debe comunicarse con ellos para pedirles que hagan los cambios en la información.

- **Derecho a recibir un informe sobre las revelaciones.** Después de que hayamos recibido su pedido por escrito, le entregaremos una lista de

las revelaciones de su PHI que hicimos durante un período específico, hasta un máximo de seis años antes de la fecha de su pedido. Sin embargo, la lista no incluirá:

- Revelaciones que usted haya autorizado.
- Revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su pedido.
- Revelaciones hechas con fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, excepto cuando lo exija la ley.
- Otro tipo de revelaciones específicas que la ley nos permite no incluir en el informe.

Si pide un informe más de una vez durante un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, por cada informe que haya pedido después del primero.

- **Derecho a nombrar un representante personal.**

Usted puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante personal. Su representante tendrá permiso para acceder a su PHI, comunicarse con los profesionales y los centros que le brindan atención de la salud, y ejercer en su nombre el resto de los derechos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Según la autoridad que le dé a su representante, este también podrá tomar decisiones en su nombre sobre la atención de la salud.

- **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.** Si usted lo pide, le entregaremos una copia impresa de este Aviso, aun cuando haya optado por recibir el Aviso en forma electrónica. Consulte la sección "Disponibilidad y duración del aviso" de este Aviso.

Medidas que puede tomar

Comuníquese con Blue Shield. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nosotros:

Blue Shield of California Privacy Office

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

Teléfono: (888) 266-8080 (sin cargo)

Fax: (800) 201-9020 (sin cargo)

Correo electrónico:

privacy@blueshieldca.com

Para ciertos tipos de pedidos, debe completar y enviarnos por correo un formulario que puede obtenerse llamando al número del servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitando nuestro sitio web, blueshieldca.com/privacyforms.

Comuníquese con una agencia del gobierno.

También puede presentar una queja por escrito ante la Secretaría del Department of Health & Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad. Puede enviar la queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Office for Civil Rights (OCR, Oficina de Derechos Civiles) del HHS.

Para obtener más información o presentar una queja ante la Secretaría del HHS, visite el sitio web de la OCR, www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Si vive en California, puede comunicarse con el gerente regional de la OCR de California de la siguiente manera:

Region IX Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health &
Human Services
90 7th St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Teléfono: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

No tomaremos medidas en su contra si usted decide ejercer su derecho a presentar una queja, ya sea ante nosotros o ante el HHS.

Disponibilidad y duración del aviso

Disponibilidad del aviso. Para obtener una copia de este Aviso, llame al número del servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visite nuestro sitio web, blueshieldca.com/privacynotice.

Derecho a cambiar los términos de este

Aviso. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este Aviso mientras esté vigente. Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y, a nuestro criterio, podemos aplicar los nuevos términos a toda la PHI de usted que tengamos en nuestro poder, incluida toda la PHI creada o recibida antes de emitir el nuevo Aviso.

Si hacemos cambios en este Aviso, lo actualizaremos en nuestro sitio web y, si usted está inscrito en un plan de beneficios de Blue Shield en ese momento, le enviaremos el nuevo Aviso según lo exija la ley.

Fecha de comienzo. Este Aviso entró en vigencia el 16 de agosto de 2013.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。