



PLANES DE SALUD

TRIO

HMO

individuales y familiares



Para obtener una cotización e inscribirse, comuníquese con su corredor de seguros o visite blueshieldca.com/compra.

Creemos que es importante lograr una buena salud y mayor bienestar. Por esa razón, nos comprometemos a brindarle acceso a atención de la salud por medio de médicos y hospitales locales a un costo que esté a su alcance.

PLANES TRIO HMO DE BLUE SHIELD OF CALIFORNIA

Los proveedores que necesita, a su alcance

Nuestros planes Trio HMO están diseñados para brindarle acceso a una excelente red de médicos y hospitales, que incluyen Dignity Health, Hoag Memorial, John Muir, Providence, St. Joseph, St. Jude, UC San Francisco y más, por una tarifa mensual más baja que la de la mayoría de los planes PPO. Trio HMO mantiene las primas a un bajo costo al trabajar con proveedores comprometidos con resultados de calidad, y ayudando a los miembros a explorar tanto su cobertura como el sistema de atención de la salud. Elija un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red Trio ACO HMO para que lo ayude a obtener la atención que necesita. Para buscar médicos y hospitales de Trio HMO en su área, visite blueshieldca.com/networkifphmo.

¿DÓNDE ESTÁN DISPONIBLES LOS PLANES TRIO HMO?

Los planes Trio HMO se ofrecen en 28 condados de California. Para saber si los planes Trio HMO están disponibles en su área, visite blueshieldca.com/triocheck o comuníquese con su corredor de seguros.

SHIELD CONCIERGE: UNA LLAMADA, MUCHOS EXPERTOS

Ya sea que necesite encontrar un PCP, hacer surtir una receta, hacer alguna pregunta sobre su factura o recibir asesoramiento sobre la salud, una llamada a Shield Concierge puede ayudarlo. Shield Concierge es un grupo de expertos que trabajan en equipo para usted. Su equipo de Shield Concierge incluye:

- Representantes de servicio al cliente
- Enfermeros diplomados
- Farmacéuticos
- Técnicos farmacéuticos
- Asesores de salud
- Trabajadores sociales

TIENE COBERTURA MIENTRAS ESTÁ DE VIAJE

Ya sea que viaje por negocios o por placer, todos los planes HMO de Blue Shield incluyen los programas BlueCard® y Blue Shield Global Core, que le brindan acceso a servicios de atención urgente y de emergencia en los Estados Unidos y cuando viaja al exterior.

SUS OPCIONES DE PLANES

Tenemos varios planes de salud Trio HMO entre los que puede elegir. Para elegir el plan más adecuado para usted, debe pensar cuál es la mejor combinación de primas mensuales y costo de atención. Por lo general, cuanto más paga por mes por la prima de su plan, menos paga cuando obtiene atención; y cuanto menos paga por mes por la prima de su plan, más paga cuando obtiene atención.

Paga más por las primas mensuales ← → Paga menos por las primas mensuales



Paga menos cuando recibe atención ← → Paga más cuando recibe atención

PLATINUM

90

GOLD

80

PLANES PLATINUM Y GOLD

Al no tener un deducible y tener copagos más bajos que la mayoría de los planes de Blue Shield, los planes Platinum y Gold son una excelente opción si va al médico con frecuencia.

SILVER

70

PLANES SILVER

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

SILVER

94

SILVER

87

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

SILVER

73

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

BRONZE

7500

PLAN BRONZE

Este plan con deducible alto es una buena opción si rara vez va al médico y prefiere pagar una mayor parte del costo cuando recibe atención a cambio de una prima mensual más baja.

HABLE CON UN MÉDICO EN CUALQUIER MOMENTO Y DESDE CUALQUIER LUGAR

Teladoc brinda acceso las 24 horas, todos los días del año, a una red de médicos, pediatras y profesionales de la salud mental certificados por la junta de los Estados Unidos que pueden responder consultas sobre diversos problemas médicos y de salud mental y recetar ciertos medicamentos a través de consultas por teléfono o videoconferencia. No hay copagos para este servicio, y está disponible antes de alcanzar el deducible médico.

AYUDA FINANCIERA

Es posible que usted sea elegible para pedir ayuda financiera del Gobierno para pagar las primas mensuales de cualquier plan Trio HMO de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California. Visite [blueshieldca.com/asistencia](https://www.blueshieldca.com/asistencia) para saber si es elegible o comuníquese con su corredor de seguros o con Blue Shield si necesita ayuda con el proceso de elegibilidad.

HEALTHY SAVINGS (AHORROS SALUDABLES)

Healthy Savings® brinda a los miembros de Blue Shield acceso a alimentos saludables a precios reducidos sin tener que recortar, imprimir o descargar cupones. Healthy Savings está asociado con importantes tiendas de comestibles, como Walmart, Albertsons, Safeway, Ralphs y Vons, entre otras, lo que les brinda a los miembros de Blue Shield acceso a ahorros en alimentos saludables al momento de la compra. Visite [blueshieldca.com/healthysavings](https://www.blueshieldca.com/healthysavings) para obtener más información sobre este programa, que está disponible sin costo adicional.



Vea la página 5 para encontrar definiciones útiles de términos médicos importantes.

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de deducibles, copagos y coseguros de los planes para servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Los beneficios de los planes solo están disponibles cuando se usan proveedores de la red Trio ACO HMO.

Los servicios de proveedores que no forman parte de su grupo médico no están cubiertos, excepto en casos de atención urgente, de emergencia y de seguimiento.

Para ver todos los detalles de los planes, visite blueshieldca.com/policias.

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

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

| | BLUE SHIELD PLATINUM 90 TRIO HMO | BLUE SHIELD GOLD 80 TRIO HMO | BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE TRIO HMO* | BLUE SHIELD SILVER 70 TRIO HMO† |
|--|---|---|---|--|
| PLAN DISPONIBLE A TRAVÉS DE: | BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA | BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA | SOLO BLUE SHIELD | SOLO COVERED CALIFORNIA |
| BENEFICIO | CON LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES, LOS MIEMBROS PAGAN:‡ | | | |
| Beneficios de salud preventiva | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria | \$15 | \$35 | \$35 | \$35 |
| Visita al consultorio de un especialista | \$30 | \$65 | \$70 | \$70 |
| Visita de atención urgente | \$15 | \$35 | \$35 | \$35 |
| Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días) | \$5 | \$15 | \$15 ² | \$15 ² |
| Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días) | \$15 | \$55 | \$55 ² | \$55 ² |
| Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días) | \$25 | \$80 | \$85 ² | \$85 ² |
| Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días) | 10% (hasta \$250 por receta) | 20% (hasta \$250 por receta) | 20% (hasta \$250 por receta) ² | 20% (hasta \$250 por receta) ² |
| Laboratorio | \$15 | \$40 | \$40 | \$40 |
| Radiografías | \$30 | \$75 | \$85 | \$85 |
| Hospitalización como paciente internado | \$250 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria) | \$600 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria) | 20% | 20% |
| Cirugía para pacientes ambulatorios | \$100 | \$300 | 20% | 20% |
| Servicios de la sala de emergencias que no resulten en admisión hospitalaria | \$150 | \$350 | \$400 | \$400 |
| Ambulancia | \$150 | \$250 | \$255 | \$250 |
| Maternidad; parto (en un hospital) | \$250 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria) | \$600 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria) | 20% | 20% |
| Examen dental para niños | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Examen de la vista para niños | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Anteojos para niños | 1 par por año | 1 par por año | 1 par por año | 1 par por año |
| Quiropráctica (a cargo de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans) | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| Acupuntura (a cargo de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans) | \$15 | \$35 | \$35 | \$35 |
| Deducible médico por año calendario ⁴ | \$0 | \$0 | \$3,700 por persona/ \$7,400 por familia | \$3,700 por persona/ \$7,400 por familia |
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible) | \$4,500 por persona/ \$9,000 por familia | \$8,200 por persona/ \$16,400 por familia | \$8,200 por persona/ \$16,400 por familia | \$8,200 por persona/ \$16,400 por familia |
| Deducible de farmacias por año calendario ⁴ | \$0 | \$0 | \$10 por persona/ \$20 por familia | \$10 por persona/ \$20 por familia |

Esto no es un contrato. Todas las descripciones de los beneficios brindan información general sobre los beneficios de los planes. Para ver una descripción detallada de los beneficios y las exclusiones de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés). Además, puede ver nuestros formularios llamados Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) que ofrecen información general fácil de entender sobre los beneficios de los planes y lo que usted debe pagar cuando obtiene los servicios. Las EOC y los formularios SBC de los planes están disponibles en blueshieldca.com/policias o llamando al (888) 256-3650.

También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite coveredca.com/espanol para obtener más información.

* Este plan debe comprarse a través de Blue Shield, y su corredor de seguros puede ayudarlo con el proceso. Puede inscribirse en todos los demás planes de salud de Blue Shield que están en este cuadro a través de Blue Shield o de Covered California, excepto que se indique lo contrario.

† Este plan de Blue Shield debe comprarse a través de Covered California, y su corredor de seguros puede ayudarlo con el proceso. Puede inscribirse en todos los demás planes

de salud de Blue Shield que están en este cuadro a través de Blue Shield o de Covered California, excepto que se indique lo contrario. Las personas que califiquen pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera del Gobierno cuando pidan un plan de Blue Shield a través de Covered California.

- Las cantidades que se indican son un porcentaje de las cantidades de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan las cantidades de los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año calendario.

3 Sujeto al deducible médico por año calendario.

4 La cobertura familiar tiene un deducible individual dentro del deducible familiar. En el plan familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando ese miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos miembros de la familia alcancen su propio deducible individual, o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de deducibles, copagos y coseguros de los planes para servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Los beneficios de los planes solo están disponibles cuando se usan proveedores de la red Trio ACO HMO.

Los servicios de proveedores que no forman parte de su grupo médico no están cubiertos, excepto en casos de atención urgente, de emergencia y de seguimiento.

Para ver todos los detalles de los planes, visite blueshieldca.com/policias.

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

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

| | BLUE SHIELD SILVER 94 TRIO HMO [†] | BLUE SHIELD SILVER 87 TRIO HMO [†] | BLUE SHIELD SILVER 73 TRIO HMO [†] | BLUE SHIELD BRONZE 7500 TRIO HMO* |
|--|---|--|--|--|
| PLAN DISPONIBLE A TRAVÉS DE: | SOLO COVERED CALIFORNIA | SOLO COVERED CALIFORNIA | SOLO COVERED CALIFORNIA | SOLO BLUE SHIELD |
| BENEFICIO | CON LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES, LOS MIEMBROS PAGAN: ¹ | | | |
| Beneficios de salud preventiva | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria | \$5 | \$15 | \$35 | \$70 |
| Visita al consultorio de un especialista | \$8 | \$25 | \$70 | \$80 |
| Visita de atención urgente | \$5 | \$15 | \$35 | \$70 |
| Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días) | \$3 | \$5 | \$15 ² | \$25 |
| Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días) | \$10 | \$25 | \$55 ² | \$115 ³ |
| Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días) | \$15 | \$45 | \$85 ² | \$160 ³ |
| Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días) | 10% (hasta \$150 por receta) | 15% (hasta \$150 por receta) | 20% (hasta \$250 por receta) ² | 50% (hasta \$500) ³ |
| Laboratorio | \$8 | \$20 | \$40 | \$65 |
| Radiografías | \$8 | \$40 | \$85 | \$115 |
| Hospitalización como paciente internado | 10% | 15% | 20% | 50% |
| Cirugía para pacientes ambulatorios | 10% | 15% | 20% | 50% |
| Servicios de la sala de emergencias que no resulten en admisión hospitalaria | \$50 | \$150 | \$400 | 50% |
| Ambulancia | \$30 | \$75 | \$250 | 50% |
| Maternidad: parto (en un hospital) | 10% | 15% | 20% | 50% |
| Examen dental para niños | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Examen de la vista para niños | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Anteojos para niños | 1 par por año | 1 par por año | 1 par por año | 1 par por año |
| Quiropráctica (a cargo de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans) | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | \$20 (hasta 12 visitas por año) |
| Acupuntura (a cargo de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans) | \$5 | \$15 | \$35 | \$50 |
| Deducible médico por año calendario ⁴ | \$75 por persona/ \$150 por familia | \$800 por persona/ \$1,600 por familia | \$3,700 por persona/ \$7,400 por familia | \$7,500 por persona/ \$15,000 por familia |
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible) | \$800 por persona/ \$1,600 por familia | \$2,850 por persona/ \$5,700 por familia | \$6,300 por persona/ \$12,600 por familia | \$8,350 por persona/ \$16,700 por familia |
| Deducible de farmacias por año calendario ⁴ | \$0 | \$0 | \$10 por persona/ \$20 por familia | Incluido en el deducible médico |

Esto no es un contrato. Todas las descripciones de los beneficios brindan información general sobre los beneficios de los planes. Para ver una descripción detallada de los beneficios y las exclusiones de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés). Además, puede ver nuestros formularios llamados Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) que ofrecen información general fácil de entender sobre los beneficios de los planes y lo que usted debe pagar cuando obtiene los servicios. Las EOC y los formularios SBC de los planes están disponibles en blueshieldca.com/policias o llamando al (888) 256-3650.

También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite coveredca.com/espanol para obtener más información.

* Este plan debe comprarse a través de Blue Shield, y su corredor de seguros puede ayudarlo con el proceso. Puede inscribirse en todos los demás planes de salud de Blue Shield que están en este cuadro a través de Blue Shield o de Covered California, excepto que se indique lo contrario.

† Este plan de Blue Shield debe comprarse a través de Covered California, y su corredor de seguros puede ayudarlo con el proceso. Puede inscribirse en todos los demás planes
















de salud de Blue Shield que están en este cuadro a través de Blue Shield o de Covered California, excepto que se indique lo contrario. Las personas que califiquen pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera del Gobierno cuando pidan un plan de Blue Shield a través de Covered California.

- Las cantidades que se indican son un porcentaje de las cantidades de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan las cantidades de los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año calendario.

3 Sujeto al deducible médico por año calendario.

4 La cobertura familiar tiene un deducible individual dentro del deducible familiar. En el plan familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando ese miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos miembros de la familia alcancen su propio deducible individual, o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.

DEFINICIONES

-  **Beneficios (servicios cubiertos):** Los servicios y suministros médicamente necesarios que están cubiertos por el plan de salud.
-  **Cargos permitidos:** La cantidad en dólares que Blue Shield usa para determinar el pago por los servicios cubiertos.
-  **Copago:** La cantidad fija en dólares que un miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año calendario que corresponda.
-  **Coseguro:** El porcentaje que un miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año calendario.
-  **Costo compartido:** Los costos por servicios de atención de la salud que se comparten entre Blue Shield y el miembro.
-  **Deducible:** La cantidad que un miembro paga por año calendario por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que Blue Shield empiece a pagar. Los servicios cubiertos específicos, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que el miembro alcance el deducible por año calendario.
-  **Formulario:** La lista de medicamentos que han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) y que han sido seleccionados por su seguridad, eficacia y costo.
-  **HMO:** Las siglas en inglés de "organización para el mantenimiento de la salud", que es un tipo de plan de salud en el que el miembro recibe atención de un médico de atención primaria que lo ayuda a coordinar su atención y lo refiere a otros proveedores de atención de la salud de la red del plan.
-  **Médico de atención primaria:** El médico que ayuda a coordinar la atención del miembro y lo refiere a otros proveedores de atención de la salud de la red de su plan.
-  **Nivel 1:** La mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 2:** Los medicamentos genéricos no preferidos, los medicamentos de marca preferidos o los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su seguridad, eficacia y costo, incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 3:** Los medicamentos de marca no preferidos, los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su seguridad, eficacia y costo, o los medicamentos que suelen tener una alternativa terapéutica preferida y, con frecuencia, menos costosa en un nivel inferior, incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 4:** Los medicamentos biológicos; los medicamentos que, a pedido de la FDA o del fabricante, deben distribuirse a través de farmacias especializadas; los medicamentos que requieren entrenamiento o control clínico para la autoadministración; o los medicamentos con un costo de plan (valor neto después de los descuentos) superior a \$600 por un suministro de un mes.
-  **Prima:** La cantidad que el miembro paga todos los meses a Blue Shield por su cobertura de salud.
-  **Proveedores participantes o de la red:** Los proveedores (incluidos los médicos y hospitales) que han acordado, mediante un contrato con Blue Shield, brindar servicios cubiertos a los miembros de un determinado plan de salud. Los proveedores de la red son aquellos que han acordado aceptar la tarifa contratada de Blue Shield por los servicios cubiertos.

¿TIENE PREGUNTAS O DESEA PRESENTAR LA SOLICITUD?

 Visite blueshieldca.com/compra.

 Llame a su corredor de seguros.

Su corredor de seguros puede ayudarlo a pedir un plan de Blue Shield a través de Blue Shield o de Covered California (coveredca.com/espanol), que es el mercado de planes de salud de California.

Si los planes Trio HMO no están disponibles en su área, ofrecemos planes PPO en todo el estado de California. Para obtener más información sobre nuestros planes PPO, pídale a su corredor de seguros la versión PPO de este folleto o visite blueshieldca.com/compra.

También ofrecemos planes dentales, de la vista* y de seguro de vida*, que se pueden comprar con o sin un plan de salud. Para obtener más información, hable con su corredor de seguros o visite bsca.com/ifp2022.

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.