



## PLANES DE SALUD

# PPO

individuales y familiares



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

### PLANES DE SALUD PPO

Obtenga atención a su manera con un plan PPO de Blue Shield of California. Los planes PPO (sigla en inglés de "organización de proveedores preferidos") están diseñados para los miembros que valoran la posibilidad de elegir sus médicos, especialistas y hospitales sin necesidad de obtener una referencia. Con más de 58,000 médicos y 325 hospitales en nuestra red Exclusive PPO, los planes PPO de Blue Shield of California pueden darle las opciones y la flexibilidad que estaba buscando. Para buscar médicos y hospitales de la red Exclusive PPO en su área, visite [blueshieldca.com/networkifppo](https://blueshieldca.com/networkifppo).

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

### COBERTURA MIENTRAS ESTÁ DE VIAJE

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

### HABLE CON UN MÉDICO EN CUALQUIER MOMENTO Y EN CUALQUIER LUGAR

Teladoc brinda acceso las 24 horas, todos los días del año, a una red nacional de médicos, pediatras y profesionales de la salud mental certificados por la junta de los Estados Unidos que pueden responder consultas sobre 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 en la mayoría de los planes (excepto los planes de salud con deducibles altos [HDHP, por sus siglas en inglés]).

### AYUDA FINANCIERA

Es posible que usted sea elegible para pedir ayuda financiera para pagar las primas mensuales de cualquier plan de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California (a excepción del plan Minimum Coverage PPO).\* Visite [blueshieldca.com/asistencia](https://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.

### ¿PREFIERE UN PLAN HMO?

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



Vea la página 7 para encontrar definiciones útiles de términos médicos importantes.

\* Blue Shield no determina si usted califica para un subsidio. Si decide pedir un plan a través de Covered California, entonces Covered California determinará si usted es elegible y decidirá la cantidad real de subsidio según la información incluida en su solicitud.

## CÓMO ELEGIR SU PLAN

Tenemos varios planes de salud 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 PPO son una buena opción si va al médico de vez en cuando y está buscando un equilibrio entre el costo mensual de las primas del plan y el costo de la atención.

SILVER

1750

Si busca un plan de alto valor y menor costo, con copagos previsible, nuestro plan Silver 1750 PPO podría ser adecuado para usted.

SILVER

2600

Si desea un plan de salud con deducibles altos (HDHP) que le deje tener una cuenta de ahorros para la salud\* (HSA, por sus siglas en inglés), el plan Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO puede ser una opción adecuada para usted. Puede prepararse para afrontar futuros costos médicos contribuyendo dinero con ventajas de impuestos a su propia cuenta HSA.

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

60

### PLANES BRONZE

Estos planes son una buena opción si va al médico con poca frecuencia y prefiere pagar una mayor parte del costo cuando recibe atención a cambio de una prima mensual más baja.

BRONZE  
HDHP

60

El plan Silver 2600 HDHP PPO no es la única opción compatible con las HSA. También ofrecemos el plan Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO. Con el plan Bronze 60 HDHP PPO, usted pagará menos por las primas del plan que con el plan Silver 2600 HDHP PPO, pero, a cambio, pagará una mayor parte del costo cuando use los servicios.

MINIMUM  
COVERAGE

60

### PLAN MINIMUM COVERAGE PPO

Para poder inscribirse en este plan, debe tener menos de 30 años o calificar para recibir una exención por alguna dificultad a través de Covered California. Este plan es una excelente opción si rara vez va al médico y desea pagar la prima mensual más baja.

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

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. Para ver todos los detalles de los planes, visite [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies). 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 Exclusive PPO.

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

	BLUE SHIELD PLATINUM 90 PPO	BLUE SHIELD GOLD 80 PPO	BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE PPO*	BLUE SHIELD SILVER 70 PPO†
PLAN DISPONIBLE A TRAVÉS DE:	BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA	SOLO BLUE SHIELD	SOLO COVERED CALIFORNIA
BENEFICIO	CON LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES, LOS MIEMBROS PAGAN:†			
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 <sup>4</sup>	\$15 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)	\$15	\$55	\$55 <sup>4</sup>	\$55 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)	\$25	\$80	\$85 <sup>4</sup>	\$85 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)	10% (hasta \$250 por receta)	20% (hasta \$250 por receta)	20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>	20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>
Laboratorio	\$15	\$40	\$40	\$40
Radiografías	\$30	\$75	\$85	\$85
Hospitalización como paciente internado	10%	20%	20%	20%
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	20%	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)	10%	20%	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 dentro de la red <sup>6</sup>	\$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 dentro de la red (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 dentro de la red	\$0	\$0	\$10 por persona/ \$20 por familia <sup>6</sup>	\$10 por persona/ \$20 por familia <sup>6</sup>

\* Este plan de Blue Shield 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 cuando pidan un plan de Blue Shield a través de Covered California.

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. Para ver todos los detalles de los planes, visite [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies). 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 Exclusive PPO.

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

	BLUE SHIELD SILVER 94 PPO <sup>†</sup>	BLUE SHIELD SILVER 87 PPO <sup>†</sup>	BLUE SHIELD SILVER 73 PPO <sup>†</sup>	BLUE SHIELD SILVER 1750 PPO*
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: <sup>†</sup>			
Beneficios de salud preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$5	\$15	\$35	\$40
Visita al consultorio de un especialista	\$8	\$25	\$70	\$75
Visita de atención urgente	\$5	\$15	\$35	\$40
Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)	\$3	\$5	\$15 <sup>4</sup>	\$15 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)	\$10	\$25	\$55 <sup>4</sup>	\$60 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)	\$15	\$45	\$85 <sup>4</sup>	\$80 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)	10% (hasta \$150 por receta)	15% (hasta \$150 por receta)	20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>	35% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>
Laboratorio	\$8	\$20	\$40	\$40
Radiografías	\$8	\$40	\$85	35%
Hospitalización como paciente internado	10%	15%	20%	35%
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	15%	20%	35%
Servicios de la sala de emergencias que no resulten en admisión hospitalaria	\$50	\$150	\$400	35%
Ambulancia	\$30	\$75	\$250	35%
Maternidad; parto (en un hospital)	10%	15%	20%	35%
Examen dental para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Anteojos para niños	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año
Quiropráctica (a cargo de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	\$15 (hasta 15 visitas por año)
Acupuntura (a cargo de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)	\$5	\$15	\$35	\$40
Deducible médico por año calendario dentro de la red <sup>6</sup>	\$75 por persona/ \$150 por familia	\$800 por persona/ \$1,600 por familia	\$3,700 por persona/ \$7,400 por familia	\$1,750 por persona/ \$3,500 por familia
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario dentro de la red (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	\$8,200 por persona/ \$16,400 por familia
Deducible de farmacias por año calendario dentro de la red	\$0	\$0	\$10 por persona/ \$20 por familia <sup>6</sup>	\$300 por persona/ \$600 por familia <sup>6</sup>

\* Este plan de Blue Shield 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 cuando pidan un plan de Blue Shield a través de Covered California.

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. Para ver todos los detalles de los planes, visite [blueshieldca.com/policias](https://blueshieldca.com/policias). 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 Exclusive PPO.

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

	BLUE SHIELD SILVER 2600 HDHP PPO*	BLUE SHIELD BRONZE 60 PPO	BLUE SHIELD BRONZE 60 HDHP PPO	BLUE SHIELD MINIMUM COVERAGE PPO
PLAN DISPONIBLE A TRAVÉS DE:	SOLO BLUE SHIELD	BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA	BLUE SHIELD Y COVERED CALIFORNIA
BENEFICIO	CON LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES, LOS MIEMBROS PAGAN: <sup>1</sup>			
Beneficios de salud preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	35%	\$65 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$65 después de alcanzar el deducible <sup>2</sup>	\$0	\$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible <sup>3</sup>
Visita al consultorio de un especialista	35%	\$95 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$95 después de alcanzar el deducible <sup>2</sup>	\$0	\$0
Visita de atención urgente	35%	\$65 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$65 después de alcanzar el deducible <sup>2</sup>	\$0	\$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible <sup>3</sup>
Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)	35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>	\$18 <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)	35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)	35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)	35% (hasta \$250 por receta) <sup>5</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
Laboratorio	35%	\$40	\$0	\$0
Radiografías	35%	40%	\$0	\$0
Hospitalización como paciente internado	35%	40%	\$0	\$0
Cirugía para pacientes ambulatorios	35%	40%	\$0	\$0
Servicios de la sala de emergencias que no resulten en admisión hospitalaria	35%	40%	\$0	\$0
Ambulancia	35%	40%	\$0	\$0
Maternidad; parto (en un hospital)	35%	40%	\$0	\$0
Examen dental para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Anteojos para niños	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año
Quiropráctica (a cargo de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)	35% (hasta 15 visitas por año)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Acupuntura (a cargo de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)	35%	\$65 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$65 después de alcanzar el deducible <sup>2</sup>	\$0	\$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible <sup>3</sup>
Deducible médico por año calendario dentro de la red <sup>6</sup>	\$2,600 por persona/ \$5,200 por familia	\$6,300 por persona/ \$12,600 por familia	\$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	\$8,700 por persona/ \$17,400 por familia
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario dentro de la red (incluye el deducible)	\$6,850 por persona/ \$13,700 por familia	\$8,200 por persona/ \$16,400 por familia	\$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	\$8,700 por persona/ \$17,400 por familia
Deducible de farmacias por año calendario dentro de la red	Incluido en el deducible médico	\$500 por persona/ \$1,000 por familia <sup>6</sup>	Incluido en el deducible médico	Incluido en el deducible médico

\* Este plan de Blue Shield 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.















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/policies](https://blueshieldca.com/policies) o llamando al **(888) 256-3650**.

También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite [coveredca.com/espanol](https://coveredca.com/espanol) para obtener más información.

- 1 Las cantidades que se indican son un porcentaje de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- 2 Las primeras tres visitas están disponibles antes de alcanzar el deducible médico por año calendario e incluyen una combinación de visitas al médico de atención primaria, visitas del médico en el hogar, visitas a especialistas, servicios de podología, consultas de Teladoc, atención urgente, acupuntura, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas y visitas a otros profesionales. Las visitas siguientes están sujetas al deducible médico por año calendario.
- 3 Las primeras tres visitas están disponibles antes de alcanzar el deducible médico por año calendario e incluyen una combinación de visitas al médico de atención primaria, visitas del médico en el hogar, servicios de podología, consultas de Teladoc, atención urgente, acupuntura, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas y visitas a otros profesionales. Las visitas siguientes están sujetas al deducible médico por año calendario.
- 4 Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año calendario.
- 5 Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible médico por año calendario.
- 6 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.
-  **HDHP:** Las siglas en inglés de "plan de salud con deducibles altos".
-  **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 usted 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](https://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](https://coveredca.com/espanol)), que es el mercado de planes de salud de California.

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

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