blue of california

Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan HMO

Local Access+ HMO® Facility Deductible 20-25%/1500

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

Red de Proveedores Médicos: **Red de 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 Servicios Cubiertos del Plan. Blue Shield paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

		Cuando se usan Proveedores Participantes[3]
Deducible médico por Año Calendario	*Cobertura individual*	$1,500
	Cobertura familiar	$1,500: por persona
		$3,000: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario[4]

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la EOC.

	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]
Cobertura individual	$3,000
Cobertura familiar	$3,000: por persona
	$6,000: por Familia

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

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

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

Beneficios[5]	Su pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]
Servicios de Salud Preventivos[6]		
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 *Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.*	$20/visita	
Consulta por medio de Teladoc	$0	
Planificación familiar		
• Asesoramiento, consultas y educación	$0	
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	$0	
• Ligadura de trompas	$0	
• Vasectomía	$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	$0	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	$0	

Beneficios[5]	Su pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	$150/visita	
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.		
Servicios del Médico en la sala de emergencias	$0	
Servicios de un centro de atención urgente	$20/visita	
Servicios de ambulancia	$100/transporte	
Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	15 %	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	30 %	✔
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	25 %	✔
Servicios de trasplante		
Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.		
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	25 %	✔
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0	
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio		
Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.		
Servicios de laboratorio y patología		
Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.		
• Centro de laboratorio	$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	

Beneficios[5]	Su pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de imágenes básicas		
Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios		
Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).		
• Consultorio	$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	
Servicios de imágenes avanzadas		
Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación		
Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.		
Consultorio	$20/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$20/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	50 %	
Sacaleches	$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	$0	
Dispositivos y equipos protésicos	$0	

Beneficios[5]	Su pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de atención de la salud en el hogar *Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.*	$20/visita	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar		
Servicios de una agencia de infusión en el hogar *Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.*	$0	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia *Se incluyen productos de factor de coagulación.*	$0	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) *Hasta 100 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.*		
SNF independiente	25 %	✔
SNF en un hospital	25 %	✔
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales *Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.*	$0	
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 y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago	
Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.	**Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	$20/visita	
Salud mental por medio de Teladoc	$0	
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	$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	25 %	✔
Atención en una residencia	25 %	✔

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

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

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

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

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

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

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

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

Notas

3 Uso de Proveedores Participantes:

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

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio de Teladoc. El Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA) de Blue Shield no administra estos servicios.

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 Servicios 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 Servicios 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.

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

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 Servicios Cubiertos:

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

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 Servicios 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.

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)**。