

Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental

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 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.

Red de farmacias:

Rx Spectrum

Formulario de Medicamentos:

Formulario estándar

Deducibles por Año Calendario (CYD)²

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Cuando se usan Proveedores Participantes³

| Deducible médico por Año Calendario | <i>Cobertura individual</i> | <i>Cobertura familiar</i> |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| | \$0 | \$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 Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la EOC.

Cuando se usan Proveedores Participantes³

| | |
|-----------------------------|--|
| <i>Cobertura individual</i> | \$4,500 |
| <i>Cobertura familiar</i> | \$4,500: por persona \$9,000: 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.

Beneficios⁵

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² |
|--|---|---|
| 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) | \$30/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 | \$20/visita | |
| Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | \$25/visita | |
| 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 y terapeutas.</i> | | |
| Servicios de acupuntura | \$20/visita | |
| Servicios de quiropráctica | Sin cobertura | |
| Consulta mediante Teladoc | \$0 | |
| Planificación familiar | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento, consultas y educación • Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado • Ligadura de trompas • Vasectomía | <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$25/cirugía</p> | |
| Servicios de podología | \$20/visita | |
| Atención por embarazo y maternidad | | |
| Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal inicial | \$0 | |
| Aborto y servicios relacionados con el aborto | \$0 | |

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|
| Servicios de emergencia | | |
| Servicios de la sala de emergencias | \$150/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 | | |
| | \$150/transporte | |
| <i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i> | | |
| Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | | |
| Centro Quirúrgico Ambulatorio | \$100/cirugía | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía | \$100/cirugía | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios | 10 % | |
| Servicios de un centro de atención para pacientes internados | | |
| Servicios hospitalarios y estadía en un hospital | \$250/día hasta 5 días/admisión | |
| 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> | | |
| • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales | \$250/día hasta 5 días/admisión | |
| • Servicios para pacientes internados por parte de un médico | \$0 | |
| Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio | | |
| <i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico, 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). Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i> | | |
| Servicios de laboratorio | | |
| <i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i> | | |
| • Centro de laboratorio | \$20/visita | |

Beneficios⁵

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² |
|--|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$20/visita | |
| Servicios de radiografías e imágenes | | |
| <i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios | \$30/visita | |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$30/visita | |
| Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios | | |
| <i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, 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> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultorio | \$30/visita | |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$30/visita | |
| Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios | \$100/visita | |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$100/visita | |
| Servicios de Rehabilitación y Habilitación | | |
| <i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla. No hay límite de visitas para los Servicios de Rehabilitación y Habilitación.</i> | | |
| Consultorio | \$20/visita | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$20/visita | |
| Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) | | |
| DME | 10 % | |
| Sacaleches | \$0 | |
| Dispositivos y equipos ortóticos | 10 % | |
| Dispositivos y equipos protésicos | 10 % | |

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² |
|---|--|-------------------------------|
| Servicios de atención de la salud en el hogar <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> | \$20/visita | |
| Servicios de infusión y de inyección en el hogar 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> Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i> | \$0 \$0 | |
| 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 SNF en un hospital | \$150/día hasta 5 días/admisión \$150/día hasta 5 días/admisión | |
| Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales <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> | \$0 | |
| 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 Servicios de diálisis Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio | 10 % \$0 \$0 10 % \$0 10 % | |

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 |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------|
| | Nivel A | Nivel B | |
| Servicios para pacientes ambulatorios | | | |
| Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico | | \$20/visita | |
| Servicios de 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 | | \$20/visita | |
| Programa de Hospitalización Parcial | | \$20/visita | |
| Pruebas psicológicas | | \$20/visita | |
| Servicios para pacientes internados | | | |
| Servicios para pacientes internados por parte de un médico | | \$0 | |
| Servicios hospitalarios | | \$250/día hasta 5 días/admisión | |
| Atención en una residencia | | \$250/día hasta 5 días/admisión | |

Beneficios de Medicamentos Recetados^{7, 8}

Su pago

| | Cuando se usan Farmacias Participantes ³ | | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------|-------------------------------|
| | Nivel A | Nivel B | |
| Medicamentos recetados en farmacia al por menor | | | |
| <i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i> | | | |
| Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos | \$0 | \$0 | |
| Medicamentos de Nivel 1 | \$5/receta | \$7/receta | |
| Medicamentos de Nivel 2 | \$20/receta | \$35/receta | |
| Medicamentos de Nivel 3 | \$30/receta | \$50/receta | |
| Medicamentos de Nivel 4 | 10 % hasta \$250/receta | 10 % hasta \$250/receta | |
| Medicamentos recetados en farmacia al por menor | | | |
| <i>Por receta, hasta 90 días de suministro, de una farmacia al por menor para 90 días.</i> | | | |
| Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos | \$0 | \$0 | |
| Medicamentos de Nivel 1 | \$15/receta | \$21/receta | |
| Medicamentos de Nivel 2 | \$60/receta | \$105/receta | |

Beneficios de Medicamentos Recetados^{7, 8}

| | Su pago | | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------|-------------------------------|
| | Cuando se usan Farmacias Participantes ³ | | |
| Medicamentos de Nivel 3 | \$90/receta | \$150/receta | |
| Medicamentos de Nivel 4 | 10 % hasta \$750/receta | 10 % hasta \$750/receta | |
| Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo | | | |
| <i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i> | | | |
| Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos | \$0 | | |
| Medicamentos de Nivel 1 | \$10/receta | | |
| Medicamentos de Nivel 2 | \$40/receta | | |
| Medicamentos de Nivel 3 | \$60/receta | | |
| Medicamentos de Nivel 4 | 10 % hasta \$500/receta | | |

Beneficios de Atención Infantil

| | Su pago | | Se aplica el CYD ² |
|---|---|--|-------------------------------|
| | Cuando se usan Dentistas Participantes ³ | | |
| <i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i> | | | |
| Atención dental infantil⁹ | | | |
| Servicios preventivos y de diagnóstico | | | |
| • Examen bucodental | \$0 | | |
| • Atención preventiva: limpieza | \$0 | | |
| • Atención preventiva: radiografías | \$0 | | |
| • Selladores, por diente | \$0 | | |
| • Aplicación de flúor tópico | \$0 | | |
| • Separadores fijos | \$0 | | |
| Servicios básicos | | | |
| • Procedimientos reconstructivos | Vea el Esquema de Copagos Dentales en la Evidencia de Cobertura | | |
| • Mantenimiento periodontal | | | |
| • Servicios generales adicionales | | | |
| Servicios mayores | | | |
| • Cirugía bucodental | Vea el Esquema de Copagos Dentales en la Evidencia de Cobertura | | |
| • Endodoncia | | | |
| • Periodoncia (que no sea de mantenimiento) | | | |
| • Coronas y moldes de yeso | | | |
| • Prótesis dentales | | | |
| Ortodoncia (Medicamento Necesaria) | \$1,000 | | |

Beneficios de Atención Infantil

Su pago

| Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años. | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² |
|---|---|-------------------------------|
| Atención de la vista infantil¹⁰ | | |
| Examen ocular completo | | |
| <i>Un examen por Año Calendario.</i> | | |
| • Visita oftalmológica | \$0 | |
| • Visita optométrica | \$0 | |
| Prueba y evaluación de lentes de contacto | | |
| <i>Si elige lentes de contacto en lugar de anteojos, uno por Miembro cada 12 meses cuando se consiguen en un Proveedor Participante, siempre que sea en el mismo momento en que se hace el examen completo. Hay un máximo de dos visitas de seguimiento.</i> | | |
| • Lentes estándar | \$0 | |
| • Lentes no estándar | Todos los cargos mayores de \$60 | |
| Productos para la vista/materiales | | |
| <i>Un armazón para anteojos y lentes, o lentes de contacto en lugar de anteojos, hasta el Beneficio por Año Calendario. Cualquier excepción se indica a continuación.</i> | | |
| • Lentes de contacto | | |
| No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos o flexibles | \$0 | |
| <i>Hasta dos pares por ojo por Año Calendario.</i> | | |
| Optativos (fines estéticos o comodidad) | | |
| Estándar y no estándar, rígidos | \$0 | |
| <i>Hasta 3 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.</i> | | |
| Estándar y no estándar, flexibles | \$0 | |
| <i>Hasta 6 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.</i> | | |
| • Armazones para anteojos | | |
| Armazones de la colección | \$0 | |
| Armazones que no sean de la colección | Todos los cargos mayores de \$150 | |
| • Anteojos | | |
| <i>Los lentes incluyen una elección de lentes de vidrio o plástico, todas las potencias ópticas (visión simple, bifocal, trifocal, lenticular), modernos, degradados, con capa protectora, de gran tamaño y anteojos de sol recetados con cristales de color gris número 3.</i> | | |
| Visión simple | \$0 | |
| Bifocales con línea divisoria | \$0 | |
| Trifocales con línea divisoria | \$0 | |

Beneficios de Atención Infantil

Su pago

| Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años. | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|
| Lenticulares | \$0 | |
| Tratamientos y lentes opcionales | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Protección UV (estándar únicamente) | \$0 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes de policarbonato | \$0 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar | \$0 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos de calidad superior | \$95 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Revestimiento antirreflectante (estándar únicamente) | \$35 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes de vidrio fotocromáticos | \$25 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes de plástico fotocromáticos | \$0 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes de índice alto | \$30 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lentes polarizados | \$45 | |
| Equipos y exámenes de baja visión | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Examen completo de baja visión | \$0 | |
| <i>Una vez cada 5 Años Calendario.</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos de baja visión | \$0 | |
| <i>Un dispositivo por Año Calendario.</i> | | |
| Referencia para el control de la diabetes | \$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 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.

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.

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

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.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario. Cualquier cantidad que usted haya pagado para los OOPM individuales se aplicará tanto para los OOPM individuales como para los OOPM Familiares.

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.

7 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, la cobertura de medicamentos recetados de este Plan es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como la cobertura de medicamentos recetados de este plan es acreditable, no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare mientras mantenga esta cobertura; sin embargo, debe tener en cuenta que, si no se inscribe en la Parte D de Medicare dentro de los 63 días siguientes a la cancelación de esta cobertura, podría quedar sujeto al pago de multas por la prima de la Parte D de Medicare.

8 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted, el Médico o el Proveedor de Atención de la Salud seleccionan un Medicamento de Marca cuando hay 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 su equivalente Genérico, además del Copago o el Coseguro por el Medicamento

de Nivel 1. 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.

Pedido de Evaluación por Necesidad Médica. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Médicamente Necesario, pueden pedir una Evaluación por Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca se cubrirá de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento.

Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Este programa deja que, con su aprobación, se surta un suministro de 15 días en el caso de las recetas iniciales para determinados Medicamentos Especializados. Cuando pase esto, el Copago o el Coseguro se calculará de manera proporcional.

Medicamentos Especializados. Los Medicamentos Especializados 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.

9 Cobertura de Atención Dental Infantil:

Los Beneficios de atención dental infantil se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos que sean Médicamente Necesarios se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica siempre y cuando el Miembro permanezca inscrito en el Plan.

Este plan cumple con los requisitos del plan dental infantil de Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia, incluida la cobertura de servicios en casos de Necesidad Médica, tal como se define en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés).

10 Cobertura de Atención de la Vista Infantil:

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

Cobertura para amazones. Si se seleccionan amazones cuyo costo supera la Cantidad Permitida para amazones según las condiciones de este Beneficio, usted pagará la diferencia entre la Cantidad Permitida y el costo establecido por el proveedor.

Los "amazones de la colección" están disponibles sin costo para los Miembros en los Proveedores Participantes. Generalmente, los Proveedores Participantes de la cadena al por menor no exhiben los amazones de la "colección", pero se mantiene una selección comparable de amazones.

Los "amazones que no sean de la colección" están cubiertos hasta una Cantidad Permitida de \$150; sin embargo, si el Proveedor Participante usa:

- precios de tiendas mayoristas, la Cantidad Permitida será de hasta \$99.06.
- precios de tiendas departamentales, la Cantidad Permitida será de hasta \$103.64.

Los Proveedores Participantes que usan precios de tiendas mayoristas están identificados en el directorio de proveedores.

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

Notices available online

Nondiscrimination and Language Assistance Services

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

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

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer 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)**。